

Inviare a:

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regione, Autorità sanitaria locale

Mod 15 - Sanità Pubblica - modificato
Classe IIISCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA SU CASO DI MALARIA

... IMPORTATA ... INDOTTA ... AUTOCTONA

REGIONE _____	PROVINCIA _____
COMUNE _____	ASL _____ COD. ASL _____

Sezione A

COGNOME _____	NOME _____	SESSO ☐ maschio ☐ femmina
ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA: [____] [____]		
< 1 anno - Da 0 a 11 mesi ≥ 1 anno - Da 1 a 99 anni > 99 indicare 99		
CITTADINANZA _____		
CODICE SSN 	PROFESSIONE _____	
INDIRIZZO DOMICILIO ABITUALE _____		
STATO DI RESIDENZA _____		
SE RESIDENTE IN ITALIA INDICARE COMUNE _____		PROV. [____]
ASL DI RESIDENZA _____		COD. ASL RES _____

Sezione B

PAESE VISITATO _____	CONTINENTE _____
MOTIVO DEL VIAGGIO ☐ lavoro ☐ turismo ☐ rientro Paese d'origine	
☐ immigrazione ☐ missione religiosa ☐ missione militare	
☐ non noto ☐ altro specificare _____	
DATA PARTENZA DALL'ITALIA ____/____/____	DATA RIENTRO IN ITALIA ____/____/____
DATA INIZIO SINTOMI ____/____/____	RICOVERO ☐ no ☐ si
RICOVERATO PRESSO OSPEDALE DI _____	REPARTO _____
DATA RICOVERO ____/____/____	DATA DIAGNOSI CLINICA ____/____/____
DATA DIAGNOSI EMOSCOPICA ____/____/____	
ESITO ☐ guarigione ☐ decesso	DATA DIMISSIONE/DECESSO ____/____/____
SPECIE DI PLASMODIO ☐ P. falciparum ☐ P. vivax ☐ P. malariae ☐ P. ovale	
☐ forme miste specificare _____ ☐ non specificabile	
TERAPIA _____	FARMACORESISTENZA A _____
CHEMIOPROFILASSI ☐ no ☐ si ☐ si, incompleta	
Se si specificare tipo chemioprolassi _____	
Note: indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie, casi di recidiva e recrudescenza	
Medico _____	Data compilazione ____/____/____

Sezione C (riservata all'Istituto Superiore di Sanità)

Emoscopia pervenuta _____	Emoscopia di controllo _____
---------------------------	------------------------------

Inviare a

Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale,
Viale Giorgio Ribotta, 5, Roma-00144. Indirizzo di posta elettronica: mahni@iss.itIstituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Malattie infettive, Viale Regina Elena, 299, 00161-Roma, specificando nell'intestazione "Notifica per
malaria". Indirizzo di posta elettronica: sorveglianza.malaria@iss.itAssessorato Sanità Regionale
Autorità Sanitaria Locale