



SEGNALAZIONE CASO SOSPETTO ACCERTATO

di Malattia Infettiva _____

Comune _____ Distretto _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 C.F. non conosciuto

Num. Identif. Personale/STP _____ Se nato all'estero, nazionalità _____

Iscritto al SSN Si No Non so Anno arrivo in Italia ____ Paese di provenienza _____

Professione _____ Residente in _____ Via _____

_____ Tel. _____ Senza fissa dimora Si No Non so

Vive in Collettività Si No Non so Specificare (Tipologia) _____ Denominazione e

Indirizzo Collettività _____ Tel. _____

Luogo di Lavoro/Scuola _____ Denominazione e Indirizzo _____

_____ Tel. _____

Eventuale domicilio abituale _____ Domicilio (effettivo) Regione _____

Provincia _____ Comune _____ Cod. ISTAT _____

Data Inizio Sintomi ____/____/____ Luogo Inizio Sintomi _____

Il sospetto/certezza si fonda su: Dati Clinici Si No Esame Diretto Si No

Esame Culturale Si No Esame Sierologico Si No se sì, quali _____

Esami Strumentali _____

Ev. Osservazioni _____

Se esiste un vaccino per questa malattia, specificare Non Vaccinato Non noto Vaccinato

anno _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma del Medico Segnalatore

N.B. A cura del medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o libero professionista, da far pervenire alla UOSD Prevenzione Collettiva di diagnosi.