

SEGNALAZIONE CASO

SOSPETTO

ACCERTATO

di Malattia Infettiva (specificare) _____

Comune _____

Distretto _____

Cognome _____ Nome _____

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

Codice Fiscale

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

 Iscritto al SSN Si No Non so

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

Paese di provenienza _____ Data arrivo in Italia _____

Professione _____ Tel. _____

Se minore, Cognome e Nome genitore/tutore _____ Tel. _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Domiciliato in _____ Via _____ Prov. _____

Senza fissa dimora Si No Non so

Vive in Collettività Si No Non so

Specificare (Tipologia Collettività) _____ Denominazione e Indirizzo Collettività _____

_____ Tel. _____

Luogo di Lavoro/Scuola _____ Denominazione e Indirizzo _____

_____ Tel. _____

Eventuale luogo di ricovero _____

Data Inizio Sintomi ____/____/____ Comune 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 _____

Eventuali osservazioni _____

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

Cognome e Nome Medico Segnalatore _____

MMG PLS Continuità Assistenziale Libero Professionista Medico Distrettuale Specialista ambulatoriale Altro _____

Indirizzo pec _____ Tel. _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma del Medico Segnalatore

N.B. Da far pervenire, a cura del medico segnalatore, alla Unità Operativa di Prevenzione Collettiva (UOPC) di diagnosi (sede dell'ambulatorio).