



SCHEDA DI NOTIFICA DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA

MALATTIA ☐ SOSPETTA ☐ ACCERTATA

(Barrare le caselle che interessano)

	Medico ⇨ Direz. Sanit.
<input type="checkbox"/> Antrace	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blenorragia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Botulismo	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brucellosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Campilobatteriosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colera	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Criptosporidiosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Difterite	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Echinocosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Encefalite trasmessa da zecche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Encefaliti virali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epatite virale A	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epatite virale B	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epatite virale C	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altre epatiti virali acute	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febbre gialla	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febbre Q	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febbre tifoide	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Giardiasi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lebbra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Legionellosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leptospirosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Listeriosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt-Jacob	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia da E. Coli patogeno	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia di Lyme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da H. Influenzae	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da meningococco	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da Pneumococco	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Meningite batterica n. s.	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Morbillo	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paratifo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parotite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pediculosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pertosse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Peste	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poliomielite	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psittacosi/Ornitosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rabbia	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rickettsiosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rosolia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rosolia congenita	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Salmonellosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SARS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scabbia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scarlattina	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Shigellosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sifilide	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tetano	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tifo esantematico	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tossinfezione alimentare	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trichinosi	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tubercolosi extrapolmonare	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tubercolosi polmonare	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tularemia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Yersiniosi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaiolo	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome/Nome.....

Data di nascita I _ / _ / _ Sesso ☐ M ☐ F

Comune di nascita:.....

Domicilio: Via.....

Comune:..... Prov. I _ / _

Recapito telefonico:

Professione:

Residenza (se diversa dal domicilio):

Via.....

Comune:..... Prov. I _ / _

Collettività frequentata (es: scuola materna, casa di riposo, ecc..)

Data inizio sintomi : I _ / _ / _

Comune:

Viaggi/soggiorni all'estero: ☐ no ☐ sì

Specificare dove:.....

Ricovero ospedaliero: ☐ no ☐ sì

Specificare ospedale:.....

Gravidanza: ☐ sì ☐ no

Specificare età gestazionale: settimana I _ / _

Precedentemente vaccinato ☐ sì ☐ no ☐ non so

Criteri di diagnosi:

- ☐ Clinica.....
- ☐ Sierologica
- ☐ Esame diretto/istologico
- ☐ Esame culturale.....
- ☐ Altro.....

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati? ☐ sì ☐ no ☐ non so

Commenti.....

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome e nome :

N° telefonico:.....

Data: _ / _ / _ / Firma del medico:.....



ISTRUZIONI OPERATIVE

La scheda dovrà essere correttamente compilata in **tutte le sue parti**, così come sinteticamente indicato in tabella 1, e conservata con la documentazione sanitaria del paziente.

Tabella 1 – Modalità generali di notifica



Il medico è tenuto ad effettuare la notifica indicando, sul modulo previsto:

- la malattia sospetta o accertata
 - gli elementi identificativi del paziente (*nome, cognome, comune e data di nascita, etc.*)
 - gli accertamenti diagnostici eventualmente effettuati
 - la data di comparsa della malattia
-

In particolare dovrà essere sempre e comunque specificata la patologia infettiva barrando la voce corrispondente nell'elenco. In caso di patologia infettiva e diffusiva non ricompresa nell'elenco, il medico è tenuto alla segnalazione specificando il nome della patologia nel campo "*altro*". La notifica andrà successivamente integrata con tutte le eventuali informazioni utili alla definizione del caso.

Copia della scheda dovrà essere inviata, a cura del medico ospedaliero, con le modalità ed i tempi indicati per ciascuna patologia, alla Direzione Sanitaria di Presidio. (Tabella 2)

Tabella 2 – Tempi e modalità di trasmissione della scheda

-  NOTIFICA IMMEDIATA (ENTRO 12h), tramite telefono o fax, alla Direzione di Presidio*
-  NOTIFICA PER VIA ORDINARIA (ENTRO 24h) alla Direzione di Presidio

***N.B.** In caso di segnalazione telefonica, la scheda va comunque compilata e trasmessa nel più breve tempo possibile
