ASL AL REGIONE PIEMONTE	**Mod. PG DSRI ASL AL 013/02**	**Data di emissione:** *febbraio 2022* **Revisione 00**

MODULO SEGNALAZIONE ESPOSTI A CASO ACCERTATO DI SCABBIA

PRESIDIO _____ **SC** _____

PAZIENTE FONTE : _____

TIPO DI ACCESSO: ☐ ricovero ☐ ambulatoriale ☐ diagnostico ☐ altro _____

DATA:	COGNOME NOME	PROFILO	ATTIVITA' SVOLTA

IL RESPONSABILE/COORDINATORE
DI STRUTTURA

DATA: _____ _____