

SCHEDA SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA

<p>MALATTIA: Sospetta <input type="checkbox"/> Accertata <input type="checkbox"/></p> <p><i>Barrare la casella che interessa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antrace ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Blenorragia ed altre infezioni ST ☒ <input type="checkbox"/> Botulismo ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Brucellosi ☒ <input type="checkbox"/> Campilobatteriosi ☒ <input type="checkbox"/> Colera ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Criptosporidiosi ☒ <input type="checkbox"/> Dermatofitosi ☒ <input type="checkbox"/> Difterite ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Echinococcosi ☒ <input type="checkbox"/> Encefalite trasmessa da zecche ☒ <input type="checkbox"/> Encefaliti virali ☒ <input type="checkbox"/> Epatite virale A ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Epatite virale B ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Epatite virale C ☒ <input type="checkbox"/> Altre epatiti virali acute ☒ <input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Febbre gialla ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Febbre tifoide ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Giardiasi ☒ <input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Lebbra ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Legionellosi ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea e viscerale ☒ <input type="checkbox"/> Leptospirosi ☒ <input type="checkbox"/> Listeriosi ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Malaria ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt Jacob ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Malattia da E. coli patogeno ☒ <input type="checkbox"/> Malattia di Lyme ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Malattia invasiva da H.influenzae ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Malattia invasiva da meningococco ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Malattia invasiva da pneumococco ☒ <input type="checkbox"/> Meningite batterica n.s. ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Meningite virale ☒ <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare ☒ <input type="checkbox"/> Mononucleosi infettiva ☒ <input type="checkbox"/> Morbillo ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Paratifo ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Parotite ☒ <input type="checkbox"/> Pediculosi ☒ <input type="checkbox"/> Pertosse ☒ <input type="checkbox"/> Peste ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Poliomielite ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Psittacosi/Ornitosi ☒ <input type="checkbox"/> Rabbia ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Rickettsiosi ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Rosolia ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Rosolia congenita ☒ <input type="checkbox"/> Salmonellosi non tifoidee ☎ e FAX <input type="checkbox"/> SARS ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Scabbia ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Scarlattina ☒ <input type="checkbox"/> Shigellosi ☒ <input type="checkbox"/> Sifilide ☒ <input type="checkbox"/> Tetano ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Tifo esantematico ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Tossinfezioni di origine alimentare ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Toxoplasmosi ☒ <input type="checkbox"/> Trichinosi ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Tubercolosi extrapolmonare ☒ <input type="checkbox"/> Tubercolosi polmonare ☒ <input type="checkbox"/> Tularemia ☒ <input type="checkbox"/> Yersiniosi ☒ <input type="checkbox"/> Vaiolo ☎ e FAX <input type="checkbox"/> Varicella ☒ <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ <p>☎ Segnalazione immediata non oltre le 12 ore</p> <p>☒ Segnalazione per via ordinaria non oltre le 48 ore</p>	<p>DATI RELATIVI AL PAZIENTE</p> <p>Cognome.....</p> <p>Nome:</p> <p>Data di nascita: ___/___/___ Sesso: <input type="checkbox"/>F <input type="checkbox"/>M</p> <p>Comune di nascita (se straniero indicare lo stato):.....</p> <p>Domicilio: Via</p> <p>Comune Prov. [___]</p> <p>Residenza (se diversa da domicilio): Via</p> <p>Comune Prov. [___]</p> <p>Recapito telefonico:</p> <p>Professione</p> <p>Collettività frequentata durante il periodo di incubazione: (es: scuola materna, casa di riposo).....</p> <p>Data ultima presenza/...../.....</p> <p>Inizio sintomi: Data ___/___/___ Comune</p> <p>Ricovero ospedaliero: <input type="checkbox"/>no <input type="checkbox"/>sì, spec.</p> <p>Gravidanza: <input type="checkbox"/>no <input type="checkbox"/>sì, specificare età gestazionale settimana [___]</p> <p>Criteri di diagnosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Clinica <input type="checkbox"/> Sierologia <input type="checkbox"/> Esame diretto/istologico <input type="checkbox"/> Esame culturale <input type="checkbox"/> Istologico <input type="checkbox"/> Altro <p>Precedentemente vaccinato contro la patologia attuale: <input type="checkbox"/>sì <input type="checkbox"/>no <input type="checkbox"/>non so</p> <p>La frequenza in collettività (scuola/lavoro) è ammessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dopo _____ gg. dall'inizio della malattia <input type="checkbox"/> dopo _____ gg. dall'inizio della terapia antibiotica <input type="checkbox"/> dopo _____ gg. dalla fine dei sintomi <input type="checkbox"/> a guarigione avvenuta <input type="checkbox"/> altro _____ <p>Altri casi di malattia potenzialmente correlati? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so</p> <p>Patologia correlata all'assistenza sanitaria? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so</p> <p>Esposizione/Contatti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viaggi/soggiorno al di fuori della residenza <input type="checkbox"/>no <input type="checkbox"/>sì, spec. - Contatti stretti (familiari, conviventi) con malati <input type="checkbox"/>no <input type="checkbox"/>sì, spec. - Contatti con animali domestici <input type="checkbox"/>no <input type="checkbox"/>sì, spec. - Altro..... <p>DATI RELATIVI AL MEDICO</p> <p>Cognome e Nome:</p> <p>Nome e indirizzo struttura.....</p> <p>Ruolo nella struttura.....</p> <p>N° telefonico:</p> <p>Data segnalazione: ___/___/___</p> <p align="right">Firma</p>
--	---