

INSERIRE DENOMINAZIONE
OSPEDALE/SEDE AMBULATORIO

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI E VANNO
COMPILATI IN MANIERA LEGGIBILE

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA

DIAGNOSI DI _____

Data Segnalazione:/...../..... Tipo segnalazione: Accertata Sospetta

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome: Nome:

Data di nascita:/...../..... Luogo di nascita: Sesso: F M

Cittadinanza: Professione

Residenza o Domicilio: Via

Comune Telefono

Ricovero ospedaliero: SI NO NON SO data ricovero:/...../.....

Ospedale di ricovero: Reparto di ricovero:

INFEZIONE/COLONIZZAZIONE: Sito:

Tipo prelievo: Data prelievo:/...../.....

Tipo di test:

Stato del paziente (incluso eventuale intervento chirurgico e data):

Diagnosi di ingresso:

Paziente proveniente da altra struttura (indicare struttura ed eventuale positività già nota per C. auris):
.....

Paziente trasferito verso altra struttura (indicare struttura di destinazione):

Esito Indagini/NOTE

DATI RELATIVI AL MEDICO

Cognome: Nome:

Indirizzo Ambulatorio/Reparto Ospedaliero:

N° telefonico:

FIRMA (e timbro) MEDICO SEGNALATORE