

MALATTIA: Sospetta  Accertata

**Barrare la casella che interessa:**

- Antrace
- Blenorragia ed altre infezioni ST
- Botulismo
- Brucellosi
- Campilobatteriosi
- Colera
- Criptosporidiosi
- Dermatofitosi
- Difterite
- Echinococchi
- Encefalite trasmessa da zecche
- Encefaliti virali
- Epatite virale A
- Epatite virale B
- Epatite virale C
- Altre epatiti virali acute
- Febbri emorragiche virali
- Febbre gialla
- Febbre ricorrente epidemica
- Febbre tifoide
- Giardiasi
- Influenza con isolamento virale
- Lebbra
- Legionellosi
- Leishmaniosi cutanea e viscerale
- Leptospirosi
- Listeriosi
- Malaria
- Malattia di Creutzfeldt Jacob
- Malattia da E. coli patogeno
- Malattia di Lyme
- Malattia invasiva da H.influenzae
- Malattia invasiva da meningococco
- Malattia invasiva da pneumococco
- Meningite batterica n.s.
- Meningite virale
- Micobatteriosi non tubercolare
- Mononucleosi infettiva
- Morbillo
- Paratifo
- Parotite
- Pediculosi
- Pertosse
- Peste
- Poliomielite
- Psittacosi/Ornitosi
- Rabbia
- Rickettsiosi
- Rosolia
- Rosolia congenita
- Salmonellosi non tifoidee
- SARS
- Scabbia
- Scarlattina
- Shigellosi
- Sifilide
- Tetano
- Tifo esantematico
- Tossinfezioni di origine alimentare
- Toxoplasmosi
- Trichinosi
- Tubercolosi extrapolmonare
- Tubercolosi polmonare
- Tularemia
- Yersiniosi
- Vaiolo
- Varicella
- Altro (specificare)

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome.....  
 Nome: .....  
 Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sesso:  F  M  
 Comune di nascita (se straniero indicare lo stato):.....  
 Domicilio: Via .....  
 Comune ..... Prov. [ ][ ]  
 Residenza (se diversa da domicilio): Via .....  
 Comune ..... Prov. [ ][ ]  
 Recapito telefonico: .....  
 Professione .....  
 Collettività frequentata durante il periodo di incubazione: (es: scuola materna, casa di riposo) .....  
 Inizio sintomi: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune .....  
 Ricovero ospedaliero:  no  sì, spec. ....  
 Gravidanza:  no  sì specificare, età gestazionale settimana [ ][ ]  
 Altri casi di malattia potenzialmente correlati?  sì  no  non so  
 Patologia correlata all'assistenza sanitaria?  sì  no  non so  
**Esposizione/Contatti:**  
 Viaggi/soggiorno ad di fuori della residenza  
 no  sì, spec. ....  
 Contatti stretti (familiari, conviventi) con malati  
 no  sì, spec. ....  
 Contatti con animali domestici  
 no  sì, spec. ....  
 Altro.....  
 Precedentemente vaccinato:  sì  no  non so  
**Criteri di diagnosi:**  
 Clinica .....  
 Sierologia .....  
 Esame diretto/istologico .....  
 Esame colturale .....  
 Altro .....  
**La frequenza in collettività (scuola/lavoro) è ammessa:**  
 dopo \_\_\_\_\_ gg. dall'inizio della malattia  
 dopo \_\_\_\_\_ gg. dall'inizio della terapia antibiotica  
 dopo \_\_\_\_\_ gg. dalla fine dei sintomi  
 a guarigione avvenuta  
 altro \_\_\_\_\_  
DATI RELATIVI AL MEDICO  
 Cognome e Nome: .....  
 Nome e indirizzo struttura.....  
 Ruolo nella struttura.....  
 N° telefonico: .....  
 Data segnalazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_