



SEGNALAZIONE CASO  SOSPETTO  ACCERTATO

di Malattia Infettiva \_\_\_\_\_

P. O. \_\_\_\_\_ U. O. \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 C.F. non conosciuto

Num. Identif. Personale/STP \_\_\_\_\_ Se nato all'estero, nazionalità \_\_\_\_\_

Iscritto al SSN  Si  No  Non so Anno arrivo in Italia \_\_\_\_\_ Paese di provenienza \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Senza fissa dimora  Si  No  Non so

Vive in Collettività  Si  No  Non so Specificare (Tipologia) \_\_\_\_\_ Denominazione e

Indirizzo Collettività \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Luogo di Lavoro/Scuola \_\_\_\_\_ Denominazione e Indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio abituale \_\_\_\_\_ Domicilio (effettivo) Regione \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Cod. ISTAT \_\_\_\_\_

Data Inizio Sintomi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo Inizio Sintomi \_\_\_\_\_

Il sospetto/certezza si fonda su: Dati Clinici  Si  No Esame Diretto  Si  No

Esame Culturale  Si  No Esame Sierologico  Si  No se sì, quali \_\_\_\_\_

Esami Strumentali \_\_\_\_\_

Ev. Osservazioni \_\_\_\_\_

Se esiste un vaccino per questa malattia, specificare  Non Vaccinato  Non noto  Vaccinato  
anno \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma del Direttore Sanitario

Firma del Medico Segnalante

N.B. A cura della Direzione Sanitaria, da far pervenire alla UOSD Prevenzione Collettiva del Distretto sul cui territorio ha sede l'Ospedale.