



SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA - SSCMI/2006

MALATTIA:Sospetta Accertata **DATI RELATIVI AL PAZIENTE**

Barrare la casella che interessa:

- Antrace ☎ R☎
- Blenorragia ☒
- Botulismo ☎ R☎
- Brucellosi ☒
- Campilobatteriosi ☒
- Colera ☎ R☎
- Criptosporidiosi ☒
- Differite ☎ R☎
- Echinococosi ☒
- Encefalite trasmessa da zecche ☒
- Encefaliti virali ☒
- Epatite virale A ☎
- Epatite virale B ☎
- Epatite virale C ☒
- Altre epatiti virali acute ☒
- Febbri emorragiche virali ☎ R☎
- Febbre gialla ☎ R☎
- Febbre Q ☒
- Febbre ricorrente epidemica ☎ R☎
- Febbre tifoide ☒
- Giardiasi ☒
- Influenza con isolamento virale ☎ R☎
- Lebbra ☒
- Legionellosi ☒ R@
- Leishmaniosi cutanea ☒
- Leishmaniosi viscerale ☒
- Leptosirosi ☒
- Listeriosi ☒
- Malaria ☒
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob ☎ R☎
- Malattia da E. coli patogeno ☒
- Malattia di Lyme ☒
- Malattia invasiva da H.influenzae ☎ R@
- Malattia invasiva da meningococco ☎ R@
- Malattia invasiva da pneumococco ☒ R@
- Meningite batterica n.s. ☎ R@
- Morbillo ☎
- Paratifo ☒
- Parotite ☒
- Pediculosi ☒
- Pertosse ☒
- Peste ☎ R☎
- Poliomielite ☎ R☎
- Psittacosi/Ornitosi ☒
- Rabbia ☎ R☎
- Rickettsiosi ☒
- Rosolia ☒
- Rosolia congenita ☒
- Salmonellosi ☒
- SARS ☎ R☎
- Scabbia ☒
- Scarlattina ☒
- Shigellosi ☒
- Sifilide ☒
- Tetano ☎ R☎
- Tifo esantematico ☎ R☎
- Tossinfezione alimentare ☎
- Toxoplasmosi ☒
- Trichinosi ☎ R☎
- Tubercolosi extrapolmonare ☒ R@
- Tubercolosi polmonare ☒ R@
- Tularemia ☒
- Yersiniosi ☒
- Vaiolo ☎ R☎
- Varicella ☒
- Altro (specificare) ☒

Cognome/Nome:

Data di nascita: ___/___/_____ Sesso: F M

Comune di nascita:

Domicilio: Via

Comune Prov. |__|__|

Residenza (se diversa da domicilio): Via

Comune Prov. |__|__|

Recapito telefonico:

Professione

Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo...)

.....

Inizio sintomi: Data ___/___/___ Comune

Viaggi/soggiorno all'estero sì, spec.

Ricovero ospedaliero: sì, spec.

Gravidanza sì Specificare, età gestazionale settimana |__|__|

Precedentemente vaccinato: sì no non so

Criteri di diagnosi:

Clinica

Sierologia

Esame diretto/istologico

Esame culturale

Altro

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria? sì no non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati? sì no non so

Commenti:

.....

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome e Nome:

N° telefonico: Data: ___/___/_____

Firma del medico

Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica

- ☎ Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore), per telefono e/o per Fax, nei giorni festivi al numero telefonico di reperibilità.
- ☒ Segnalazione **per via ordinaria** (di norma non oltre le 48 ore), per fax o posta

A CURA DEL DSP (segnalazione rapida a livello regionale)

Legionellosi: struttura turistica struttura sanitaria terme

Meningite batterica: strutture a rischio età <24 anni personale scuole

TBC: collettività a rischio polmonare (operatore) polm.(paziente)

Malattia correlata a pratiche assistenziali

Come segnalare alla Regione

☎ Comunicazione **immediata** al n° telefonico: 051-6397030

☎ Comunicazione **immediata (12 ore max)** per Fax: 051-6397065; sabato, domenica e festivi **anche e-mail: alert@regione.emilia-romagna.it**

☎ Trasmissione **tempestiva** della scheda **al massimo entro 24 ore** per e-mail **alert@regione.emilia-romagna.it** (se requisiti per segnalazione rapida)