

**SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA-SIMI  
(MMG, PLS, Ospedalieri, Liberi Professionisti, ecc)**

**\*Segnalazione di caso**  sospetto di \_\_\_\_\_  
 accertato

**DATI RELATIVI AL PAZIENTE**

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: campo tenda, scuola, ecc) \_\_\_\_\_

Inizio sintomi: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Viaggi/soggiorno all'estero  sì, spec. \_\_\_\_\_

Ricovero ospedaliero:  sì, spec.

Gravidanza  sì, età gestazionale, settimana |\_\_|\_\_|

Precedentemente vaccinato:  sì  no  non so

Criteri di diagnosi:

Clinica \_\_\_\_\_

Sierologia \_\_\_\_\_

Esame diretto/istologico \_\_\_\_\_

Esame colturale \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

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

Altri casi di malattia potenzialmente correlati?  sì  no  non so

Note: \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL MEDICO** \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: N° telefonico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

**\* Classi di Notifica Malattie Infettive (D.M. 15 dicembre 1990)**

Classi	Tempi di segnalazione	Malattie
<b>Classe Quarta</b> - Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici.	24 ore <u>Modulo</u> <u>classe IV</u>	Dermatofitosi (tigna), infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi, scabbia.