



SCHEDA di SEGNALAZIONE MALATTIA INFETTIVA

MALATTIA _____

TIPO di SEGNALAZIONE: SOSPETTO PROBABILE ACCERTATO

CRITERI di DIAGNOSI: CLINICO COLTURALE ALTRO

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE _____

SESSO: MASCHIO FEMMINA

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CITTADINANZA _____

RESIDENZA: CITTA' _____, VIA e N. CIVICO _____

N.° TELEFONICO _____ PROFESSIONE _____

N.° COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE _____

EVENTUALE COMUNITA' FREQUENTATA _____

DATA INIZIO SINTOMI _____

LUOGO INIZIO SINTOMI _____

Per morbillo o rosolia indicare se:

FEBBRE:	SI	NO	TOSSE:	SI	NO	FARINGODINIA:	SI	NO
CONGIUNTIVITE:	SI	NO	RINITE:	SI	NO	ESANTEMA:	SI	NO

EVENTUALE RICOVERO: SI NO

SE ESISTE VACCINO NEI CONFRONTI DELLA MALATTIA INDICARE:

NON VACCINATO NON NOTO VACCINATO: ANNO

Cognome nome firma medico segnalatore _____ Data: ____/____/____

(Da inviare in Direzione Sanitaria di presidio – fax 0171-641035 – mail nocc@ospedale.cuneo.it)