



Regione Calabria

Scheda Segnalazione Notifica di Malattia Infettiva

Comune di _____

Maggiori info: www.asp.crotone.it/sorveglianza-malattie-infettive



BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA

Malattie prevenibili con vaccinazione

- ☐ Difterite ☎
☐ Malattia Invasiva da *H. Influenzae* ☎
☐ Morbillo ☎
☐ Parotite ☎
☐ Pertosse ☎
☐ Poliomielite/paralisi flaccida acuta <15 anni ☎
☐ Rosolia ☎
☐ Rosolia congenita ☎
☐ Tetano ☎

Epatiti virali acute

- ☐ Epatite virale, specificare ☐A, ☐B, ☐C, ☐D, ☐E ☎
☐ Altre epatiti virali acute ☎

Malattie gastrointestinali e malattie di origine alimentare e idrica

- ☐ Botulismo ☎
☐ Campilobatteriosi ☎
☐ Colera ☎
☐ Criptosporidiosi ☎
☐ Febbre tifoide ☎
☐ Giardiasi ☎
☐ Listeriosi ☎
☐ Malattia da *E. coli* Patogeno ☎
☐ Paratifo ☎
☐ Salmonellosi ☎
☐ Shigellosi ☎
☐ Tossinfezione alimentare ☎
☐ Toxoplasmosi ☎
☐ Trichinosi ☎
☐ Yersiniosi ☎

Malattie trasmissibili per via respiratoria

- ☐ Influenza ☎
☐ Legionellosi ☎
☐ Malattia invasiva da meningococco ☎
☐ Malattia invasiva da pneumococco ☎
☐ Malattia invasiva HIB ☎
☐ Meningite batterica ☎
☐ Tubercolosi ☎
☐ Micobatteriosi non tubercolare ☎
☐ Varicella ☎

Malattie trasmesse da vettori o altre Zoonosi anche importate

- ☐ Brucellosi ☎
☐ Echinococcosi ☎
☐ Encefalite trasmessa da zecche ☎
☐ Encefaliti virali ☎
☐ Febbre gialla ☎
☐ Febbre ricorrente epidemica ☎
☐ Leishmaniosi ☎
☐ Leptospirosi ☎
☐ Malaria ☎
☐ Malattia di Lyme ☎
☐ Rabbia ☎
☐ Rickettsiosi ☎

Altre malattie gravi e importanti

- ☐ AIDS/ Inf. da HIV ☎
☐ Antrace ☎
☐ Febbri emorragiche virali ☎
☐ Malattia di Creutzfeldt-Jacob e simili ☎
☐ Peste ☎
☐ Tifo esantematico ☎
☐ Tularemia ☎
☐ Vaiolo ☎
☐ Blenorragia e altre MST ☎
☐ Sifilide ☎
☐ Dermatofitosi ☎
☐ Scabbia ☎

Altra

- ☎ **Comunicazione immediata non oltre le 12 ore**
☒ **Comunicazione per via ordinaria non oltre le 48 ore**
! Malattia soggetta a sorveglianza speciale

da inoltrare a:

Dipartimento di Prevenzione ASP di Crotone

Tel/Fax 0962.924625-924669

Cognome _____

Nome _____

Cod.Fiscale o STP _____

Data di nascita _____ Sesso ☐M ☐F

Comune di nascita _____ Prov. _____

Stato estero di nascita _____

Professione _____

Residenza (Comune o Stato estero) _____

Indirizzo _____ Prov. _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Indirizzo _____ Prov. _____

Telefono _____ Senza fissa dimora ☐

Collettività frequentata _____

Gravidanza ☐ Si ☐ Mesi _____ ☐ No ☐ Non noto

Data inizio sintomi _____

Comune inizio sintomi _____

Data diagnosi ____/____/____

Criterio diagnostico	Clinico	☐	Sierologico	☐
	Microscopico	☐	Colturale	☐
	Materiale	☐	Altro	☐

Quadro clinico e/o Commenti _____

Ricovero in luogo di cura ☐ Si ☐ No

Se, Sì, dove? _____

Data ricovero ____/____/____ Data Dimissione ____/____/____

Vaccinato per malattia ☐ Si ☐ No ☐ Non noto

Altri casi correlati ☐ Sì, N° _____ ☐ No ☐ Non noto

Esito alla data di notifica: Migliorato ☐ Guarito ☐ Deceduto ☐

DATI RELATIVI AL MEDICO

Cognome e nome _____

Telefono _____

Mail _____

Indirizzo _____

Data ____/____/____ Firma _____

Nota Bene: Per le malattie infettive soggette a normativa specifica (Botulismo, Legionellosi, Malaria, Tubercolosi, ecc.) è prevista anche la compilazione della modulistica specifica.