SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

D.M. 7 marzo 2022

CASO ☐ SOSPETTO ☐ CONFERMATO

- ☐ Antrace ☎
- ☐ Borreliosi ✉
- ☐ Botulismo ☎
- ☐ Brucellosi ✉
- ☐ Chikungunya ☎
- ☐ Colera ☎
- ☐ Criptosporidiosi ✉
- ☐ Dengue ☎
- ☐ Dermatofitosi ✉
- ☐ Difterite ☎
- ☐ Echinococcosi ✉
- ☐ Encefalite virale da zecche ☎
- ☐ Encefalite virale trasmessa da artropodi ☎
- ☐ Epatite virale A ☎
- ☐ Epatite virale B ✉
- ☐ Epatite virale C ✉
- ☐ Epatite virale D ✉
- ☐ Epatite virale E ✉
- ☐ Epatiti virali acute altre ✉
- ☐ Febbre emorragica virale ☎
- ☐ Febbre gialla ☎
- ☐ Febbre Q ✉
- ☐ Febbre tifoide e paratifoide ✉
- ☐ Febbre virale West Nile ☎
- ☐ Giardiasi ✉
- ☐ Herpes zoster ✉
- ☐ Infezione correlata all'assistenza (ICA) ✉
- ☐ Infezione da Chlamydia ✉
- ☐ Infezione gonococcica (Blenorragia) ✉
- ☐ Infezione intestinale da Campylobacter ✉
- ☐ Infezione intestinale da Escherichia Coli produttore della Shiga/ Verocitossina (STEC/VTEC) inclusa SEU ✉
- ☐ Infezioni da enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE) ✉
- ☐ Infezione intestinale da Yersinia Enterocolitica ✉
- ☐ Infezioni da Salmonella ✉
- ☐ Influenza (forma grave)☎
- ☐ Influenza aviaria ☎
- ☐ Lebbra ✉
- ☐ Legionellosi ☎
- ☐ Leishmaniosi cutanea ✉
- ☐ Leishmaniosi viscerale ✉
- ☐ Leptospirosi ✉
- ☐ Linfogranuloma venereo ✉
- ☐ Listeriosi ✉
- ☐ Malaria ☎
- ☐ Malattia batterica invasiva ☎
- ☐ Malattia di Creutzfeldt-Jakob ☎
- ☐ Meningiti virali ✉
- ☐ Micobatteriosi non tubercolare ✉
- ☐ Morbillo ☎
- ☐ Parotite epidemica ✉
- ☐ Pediculosi e ftiriasi ✉
- ☐ Pertosse ✉
- ☐ Peste ☎
- ☐ Poliomielite acuta ☎
- ☐ Polmonite da Psittacosi ✉
- ☐ Rabbia ☎
- ☐ Rickettsiosi ✉
- ☐ Rosolia ☎
- ☐ Rosolia congenita ☎
- ☐ Rosolia in gravidanza ☎
- ☐ Scabbia ✉
- ☐ Scarlattina ✉
- ☐ Shigellosi ✉
- ☐ Sindrome respiratoria medio orientale (Mers-CoV)☎
- ☐ Sifilide ✉
- ☐ Sifilide congenita ✉
- ☐ Tetano ☎
- ☐ Tifo esantematico ☎
- ☐ Tossinfezioni di origine alimentare ☎
- ☐ Toxoplasmosi ✉
- ☐ Toxoplasmosi congenita ✉
- ☐ Trichinellosi ☎
- ☐ Tubercolosi ✉
- ☐ Tularemia ✉
- ☐ Vaiolo ☎
- ☐ Vaiolo delle scimmie (Mpox) ☎
- ☐ Varicella ☎
- ☐ Zika ☎
- ☐ Zika congenita ☎
- ☐ Altro ✉

Specificare: .....

☎ **Malattie da segnalare entro le 12 h**

✉ **Malattie da segnalare entro le 48 h**

Malattie soggette a sorveglianza speciale

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome/Nome: .....……..……

Sesso: ☐F ☐M

Data di nascita: ……..……..

Comune di nascita: ……..……..

Domicilio: Via ……..……..……..…..……

Comune .....……..……..……..…..…

Prov. …….

Residenza (se diversa da domicilio): Via ……..……..…..……..…..

Comune ..……..……..……..……..…

Prov. …..…

Recapito telefonico ……..……..……..……

E-mail ……..……..……..……..

Professione,……..……..……

DATI SANITARI

Inizio sintomi: Data ……..….. Comune ……..……..……

Viaggi/soggiorno all'estero: ☐ sì,

specificare ……..……..……..……..……...

Ricovero ospedaliero: ☐ sì, spec. ……..…..…..……..……...

Gravidanza: ☐sì

Specificare età gestazionale: settimana …….…….…

Precedentemente vaccinato per patologia segnalata : ☐sì ☐no ☐non so

Criteri diagnostici:

☐ sintomi (spec.).……..……..……..……..……

È presente anche ……..….

☐ correlazione epidemiologica

☐ laboratorio: ricerche diagnostiche eseguite e in corso

Materiale analizzato ……

Nome laboratorio …….

Tipo di ricerca

colturale ☐ microscopico/istologico ☐ sierologia ☐

PCR/biologia molecolare ☐ altro(specificare) ☐

Data prelievo …… Data referto _.....

Ulteriori dettagli e informazioni di laboratorio, se possedute

_____

_____

Origine del contagio e contatti

L'infezione è stata acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria?

☐sì ☐no ☐non noto

Il caso frequenta ambienti comunitari?

☐no ☐non noto

☐sì scuola ☐, RSA☐ altro☐

identificare ……..……..……..

Si sospetta che la malattia sia stata trasmessa da alimenti?

☐sì ☐no ☐non noto

Se sì, prima della somministrazione di antibiotici/disinfettanti si raccomanda l'analisi tempestiva dei campioni biologici (feci, vomito) utili a rintracciare l'alimento responsabile

Sei a conoscenza del coinvolgimento di altre persone?

☐ sì ☐ no

Se sì, specificare ……..……

DATI RELATIVI AL MEDICO

Cognome e Nome: ……

N° telefonico: ……..…. e-mail …….

Data: ……. Firma del medico (autografa o digitale)