SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA mod. MI-BASE – GIUBILEO 2015-2016 *RTI_0350*

Caso di .....Criterio diagnostico Es. clinico |_| Es. diretto |_| Es. colturale |_| Es. sierologico |_|

A

COGNOME.....NOME.....

NASCITA..... |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|

comune prov. giorno mese anno sesso

NAZIONALITA' ..... TEL. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

STATO CIVILE .....TITOLO DI STUDIO ..... PROFESSIONE.....

RESIDENZA..... ..... |_|_| TEL. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| USL |_|_| |_|_|

DOMICILIO..... .. .. |_|_| TEL. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| USL |_|_| |_|_|

(se diverso da residenza)

indirizzo prov

COMUNITA' FREQUENTATA..... |_|_| TEL. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| USL |_|_| |_|_|

indirizzo prov

B

DATA INIZIO SINTOMI |_|_| |_|_| |_|_|_|_| VACCINATO IN PRECEDENZA NO |_| SI |_| |_|_|_|_|

anno

RICOVERATO PRESSO ..... il |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Ospedale, reparto . giorno mese anno

C

FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI RILEVANTI.....

PARTECIPAZIONE EVENTO GIUBILARE NO |_| SI |_|

NOME EVENTO .....

LUOGO EVENTO..... DATA EVENTO |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Medico notificante
(firma e timbro)

Recapito .....
Telefono |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di notifica |_|_| |_|_| |_|_|_|_| USL |_|_| |_|_|

rev 0 del 28/01/2016