

REGIONE CALABRIA

Segnalazione di Malattia Infettiva

Comune di ASP di

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 A ☎
- Epatite virale B ☎
- Epatite virale C ☒
- 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

- Legionellosi ☎
- Malattia invasiva da meningococco ☎
- Malattia invasiva da pneumococco ☒
- Meningite batterica ☎
- Tubercolosi ☒
- Micobatteriosi non tubercolare ☒
- Varicella ☒

Malattie trasmesse da vettori o altre Zoonosi anche importate

- Brucellosi ☒
- Echinococci ☒
- Encefalite trasmessa da zecche ☒
- Encefaliti virali ☒
- Febbre gialla ☎
- Febbre ricorrente epidemica ☎
- Leishmaniosi ☒
- Leptosirosi ☎
- Malaria ☒
- Malattia di Lyme ☒
- Rabbia ☎
- Rickettsiosi ☒

Altre malattie gravi e importanti

- Antrace ☎
- Febbri emorragiche virali ☎
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob e simili ☒
- Peste ☎
- Tifo esantematico ☎
- Tularemia ☒
- Vaiolo ☎
- Blenorragia
- Sifilide
- Dermatofitosi
- Scabbia

Altro ☎.....
.....

☎ **Comunicazione immediata non oltre le 12 ore:**
al SIMI dell'ASP di
Via:.....
Telefono:..... - Fax:.....
e-mail:(SIMI).....

☒ **Comunicazione per via ordinaria non oltre le 48 ore:**
al SIMI dell'ASP di
Via:.....
Telefono:..... - Fax:.....
e-mail:(SIMI).....

Cognome _____
 Nome _____
 Cod.Fiscale _____
 Data di nascita _____ Sesso M F
 Comune di nascita _____ Prov. _____
 Stato estero di nascita _____
 Professione _____
 Domicilio (Comune o Stato estero) _____
 Indirizzo _____ Prov. _____
 Residenza (se diversa dal domicilio) _____
 Comune o stato estero _____
 Indirizzo _____ Prov. _____
 Senza fissa dimora Telefono _____
 Collettività frequentata _____
 Gravidanza Si Mesi _____ No Non noto
 Data inizio sintomi _____
 Ricovero in luogo di cura Si No
 Dove _____
 Data ricovero ___/___/___ Data Dimissione ___/___/___
 Vaccinato per malattia Si No

Clinico Sierologico

Criterio diagnostico Microscopico Colturale

Materiale Altro

Altri casi correlati Si N° _____ No Non noto

Commenti _____

Esito alla data di notifica: Migliorato Guarito Deceduto
 Se controllo tornerà in data: ___/___/___

DATI RELATIVI AL MEDICO

Cognome e nome _____
 Telefono _____
 Mail _____
 Lavora Presso _____
 Data ___/___/___

N.B. Allegare, quando previsto, apposita scheda per le malattie infettive soggette a normativa specifica