Colore rosso - Quattro copie autocopianti
Istruzioni sul retro
Da inviare a Regione - Ministero - ISS

Allegato 1

Ministero della Sanità
Mod. 15 Sanità Pubblica
Classe I

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe I

Regione _____ ☐☐ Provincia _____ ☐☐

Comune _____ ☐☐☐ USL _____ ☐☐

Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente:

ICD-9	ICD-9	ICD-9	ICD-9
☐ 001 Colera	☐ 045 Poliomielite	☐ 005 Botulismo	☐ 087 Febbre ricorrente epidemica
☐ 060 Febbre gialla	☐ 032 Difterite	☐ 071 Rabbia	☐ 080 Tifo esantematico
☐ 020 Peste	☐ 487 Influenza con isolamento virale	☐ 078 Febbri emorragiche virali	☐ 037 Tetano
☐ 124 Trichinosi			

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____

Codice SSN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sesso M F

Professione _____ Cittadinanza _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____ USL ☐☐

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia: < 1 anno. Da 00 a 11 mesi ☐☐ ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni ☐☐ > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi: ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa *Comune inizio primi sintomi* _____

Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:

Ricovero in luogo di cura ☐ Si ☐ No ☐ Non vaccinato ☐ Non noto ☐ Vaccinato

Dose N° ☐ Data ultima dose ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa luogo _____ tipo di vaccino _____

SEZIONE B

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo _____ dal ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa al ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa

Luogo _____ dal ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa al ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa

Luogo _____ dal ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa al ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa

Ricerche diagnostiche eseguite o in corso:

Tipo ricerca _____ Data esame ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa

Luogo _____ Risultati _____

Tipo ricerca _____ Data esame ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa

Luogo _____ Risultati _____

Data di notifica ☐☐ gg ☐☐ mm ☐☐ aa Luogo di compilazione _____

Sanitario che ha compilato la notifica _____

Recapito _____ Tel. _____