

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

Caso di

Data di notifica

Criterio diagnostico

Esame clinico

Esame diretto

Esame colturale

Esame sierologico

A

COGNOME

NOME

NATA/O A

PROV.

IL

SESSO

NAZIONALITÀ

STATO CIVILE

TITOLO DI STUDIO

PROFESSIONE

RESIDENTE A

PROV.

IN VIA

N°

TELEFONO

ASL

COMUNITÀ SCOLASTICA FREQUENTATA

Città

Prov.

Indirizzo

Tel.

ASL

COMUNITÀ LAVORATIVA FREQUENTATA

Città

Prov.

Indirizzo

Tel.

ASL

ALTRA COMUNITÀ FREQUENTATA

Città

Prov.

Indirizzo

Tel.

ASL

B

DATA INIZIO SINTOMI

VACCINATO IN PRECEDENZA

NO

SI

ANNO

RICOVERATO PRESSO L'OSPEDALE

REPARTO

DATA

C

FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI RILEVANTI

Medico notificante (*nome e cognome*)

Indirizzo studio/reparto

ASL

Telefono fisso

Cellulare

Da inviare via fax al numero **06.51003099** o via email all'indirizzo **profilassi@pec.aslrmc.it** oppure via posta ordinaria all'indirizzo: **SISP ASL RMC Via Casale De Merode n. 8 - 00147 ROMA.**