

SCHEMA DI SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA

Malattia trasmissibileSospetta Confermata

- Antrace
- Borreliosi
- Botulismo *
- Brucellosi
- Colera *
- Criptosporidiosi
- Dengue
- Dermatofitosi
- Difterite *
- Echinococcosi
- Encefalite virale da zecche
- Encefalite virale trasmessa da artropodi
- Epatiti virali (A,B,C,D, E n.d.)
- Chikungunya
- Febbri emorragiche virali *
- Febbre gialla *
- Febbre Q
- Febbre tifoide e paratifoide
- Febbre virale West Nile
- Giardiasi
- Herpes zooster
- Infezione da Chlamydia
- Infezione gonococcica (blenorragia)
- Infezione intestinale da Campylobacter
- Infezione Intestinale da Escherichia Coli produttore della shiga/verotossina (Stec/Vtec) inclusa SEU
- Infezioni da Enterobatteri Produttori Carbapenemasi (CPE)
- Infezione intestinale da Yersinia Enterocolitica
- Infezioni da Salmonella
- Infezioni e tossinfezioni di origine alimentare*
- Influenza
- Influenza aviaria
- Lebbra
- Legionellosi
- Leishmaniosi cutanea
- Leishmaniosi viscerale
- Leptosirosi
- Linfogranuloma venereo
- Listeriosi

- Malaria
- Malattia batterica invasiva *
- Malattia di Jacob-Creutzfeld
- Meningiti virali
- Micobatteriosi non tubercolare
- Morbillo *
- Parotite epidemica
- Pediculosi e Fitiriasi
- 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 (epidemico) da pidocchi
- Toxoplasmosi
- Toxoplasmosi congenita
- Trichinellosi
- Tubercolosi
- Tularemia
- Vaiolo *
- Varicella
- Vaiolo delle scimmie (Monkeypox) *
- Zika
- Zika congenita
- Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Criteri di diagnosi :

- Clinico
 - Sierologico
 - Esame diretto
 - Esame colturale
 - Altro
- Vaccinato Non vaccinato Non noto

Dati relativi al Medico segnalatore

Cognome:.....

Nome:

U.O.....

AZ. Ospedaliera.....

N° telefonico:

Data segnalazione.....

Dati relativi al paziente

Cognome.....

Nome.....

Data di nascita...../...../.....

Luogo di nascita.....

Sesso: • F • M

Domicilio.....

Comune.....

Senza fissa dimora •

Se vive/lavora in comunità.....

Recapito Telefonico:.....

Data inizio sintomi:/...../.....

Ricovero ospedaliero: • ordinario • day-hospital

Data ricovero:...../...../.....

* segnalazione entro 12 ore