

U.O. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO MODULO AZIENDALE	MODAZHOR_0667		
	SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA	Rev. 1	Data 17/07/2024	Pag 1 di 2

ALLA ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE

Data di segnalazione: _____ Tipo Segnalazione: sospetta confermata

Malattia segnalata: _____ Comune Segnalazione: _____

Dati Anagrafici Paziente (obbligatori)

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Comune di nascita: _____ Sesso: M F _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo residenza: _____

Indirizzo domicilio (se diverso da residenza): _____

Recapito telefonico: _____

Cittadinanza: _____ Professione: _____

Dati Sanitari

Data Inizio Sintomi: _____

Età del paziente alla data inizio sintomi: _____

Comune Inizio Sintomi: _____

Ricovero ospedaliero: SI NO

Struttura di Ricovero: _____

Reparto: _____

Motivo Ricovero: _____

Data Ricovero: _____ Data Dimissioni: _____ Data Diagnosi: _____

Medico segnalatore - Dati anagrafici

Cognome: _____ Nome: _____ U.O di appartenenza: _____

N. telefonico: _____ Email: _____ Note: _____

Informazioni Cliniche (per definizione di caso):

Informazioni Epidemiologiche:

Redatto U.O.	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-----------------	-------------------------	-----------------------------

Informazioni Laboratorio (se già disponibili al momento della segnalazione)

Nome del laboratorio che ha effettuato il test:

Data del prelievo:

Data di esame:

Tipo di test effettuato:

Risultato di laboratorio:

Viaggi e soggiorni

Viaggi o soggiorni al di fuori dell'Italia: SI NO

Paese Visitato Estero:

Motivo Viaggio:

Data partenza dall' Italia:

Data rientro/arrivo in Italia:

Viaggi/soggiorni in Italia:

Provincia:

Data partenza:

Data rientro/arrivo:

Vaccinazione (se malattia infettiva prevenibile tramite vaccinazione)

Precedente vaccinazione: SI NO

Numero di dosi:

Data somministrazione:

Contatti

Contatti:

Collettività frequentata prima della malattia:

Collettività di possibile origine del contagio:

Eventuali informazioni aggiuntive:

Esito:

DECESSO

PERMANENZA ESITI

IN MIGLIORAMENTO

GUARITO

Data esito:

Timbro e firma del
Medico segnalatore