

ASL DELLA PROVINCIA DI LODI
SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA
(per casi osservati da medici di assistenza primaria)

CASO DI

- AIDS
- Antrace
- Blenorragia ed altre infezioni a trasmissione sessuale
- Botulismo
- Brucellosi
- Chikungunya
- Colera
- Dermatofitosi (tigna, ...)
- Diarree infettive (comprende campylobacter, yersiniosi, EHEC, criptosporidiosi)
- Difterite
- Encefalite trasmessa da zecche
- Encefalopatia spongiforme trasmissibile – MCJ
- Epatiti virali (A, B, C, D, E, n.d.)
- Febbre gialla
- Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola)
- Febbre ricorrente epidemica
- Febbre tifoide e paratifo
- Filariosi
- Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare
- Lebbra
- Legionellosi
- Leishmaniosi cutanea e viscerale
- Leptosirosi
- Listeriosi
- Malaria
- Malattia di Lyme
- Malattia invasiva da Hib
- Malattia invasiva da meningococco
- Malattia invasiva da pneumococco
- Meningiti ed encefaliti batteriche e virali (West Nile,)
- Mononucleosi infettiva
- Morbillo
- Parassitosi intestinali e non (giardiasi, amebiasi, ...)
- Parotite
- Pediculosi (in forma epidemica)
- Pertosse
- Peste
- Poliomielite
- Rabbia
- Rickettsiosi
- Rosolia congenita e non
- Salmonellosi non tifoidee
- Scabbia
- Scarlattina
- Shigellosi
- Sifilide
- Tetano
- Tifo esantematico
- Toxoplasmosi
- Trichinosi
- Tubercolosi e Micobatteriosi non tubercolare
- Tularemia
- Vaiolo
- Varicella

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome:
Nome:
Data di nascita:/...../..... Sesso: F M
Residenza: Comune
Via
Domicilio (se diverso): Comune
Via
Recapito telefonico:
Collettività frequentata: (es: scuola, casa di riposo, ecc.)
.....
Data inizio sintomi:/...../.....
Ricovero ospedaliero: NO SI (specificare)
.....

Criteri di diagnosi:

- Clinica
- Sierologia
- Esame diretto/istologico
- Esame colturale
- Altro

LA FREQUENZA IN COLLETTIVITA' (SCUOLA - LAVORO) NON E' AMMESSA SINO A:

- dopo 5 giorni dall'inizio della malattia (morbillo, parotite, varicella)
- dopo 7 giorni dall'inizio della malattia (rosolia, epatite A)
- dopo 14 giorni dall'inizio della malattia (epatite E)
- dopo 24 ore dall'ultima scarica diarroica (diarree infettive)
- sino a guarigione (salmonellosi e giardiasi)
- dopo 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica (antrace, scarlattina)

DATI DEL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome:
Nome:
N° telefonico:

Data compilazione

Firma del Medico

Invio differito Invio immediato

MODALITA' DI SEGNALAZIONE PRESSO LA ASL DELLA PROVINCIA DI LODI

Le patologie a **segnalazione differibile** saranno trasmesse alla ASL almeno mensilmente, entro il giorno 5 del mese successivo alla diagnosi mediante

- ⇒ **fax** (al n. 0371.5872452)
- ⇒ **e-mail** (ufficio.mi@asl.lodi.it)
- ⇒ **posta ordinaria** (indirizzata al Responsabile Servizio MPC, piazza Ospitale 10, 26900 Lodi) apponendo la dicitura: Documentazione Sanitaria Riservata

Le patologie a **segnalazione immediata** saranno comunicate alla ASL

- negli orari d'ufficio, tramite
 - ⇒ **telefono** (al n. 0371.5874413)
 - ⇒ **fax** (al n. 0371.5872452)
- al di fuori degli orari d'ufficio, nei fine settimana e nelle festività infrasettimanali
 - ⇒ attivando la **Guardia Igienica** tramite il centralino del P.O. di Codogno (tel. **0377.4651**).