

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA (per casi osservati in strutture sanitarie di ricovero e cura)

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: .....
- Codice Fiscale .....
- Collettività frequentata: (es: scuola, casa di riposo, ecc.)  
.....
- Data inizio sintomi: ...../...../.....
- Ricovero ospedaliero dal .....
- Precedentemente vaccinato  SI  NO  NON SO
- Criteri di diagnosi:
- Clinica .....
  - Sierologia .....
  - Esame diretto/istologico .....
  - Esame colturale .....
  - Altro .....
- Esposizione/Contatti
- Viaggi o soggiorni al di fuori della residenza  
.....
  - Contatti stretti con malati (familiari, conviventi,...)  
.....
  - Contatti con animali domestici  
.....
  - Altro .....

### 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 A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI**

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

- ⇒ **fax** (al n. 0371.5872452)
- ⇒ **e-mail** ([ufficio.mi@asl.lodi.it](mailto: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 A.S.L.

- 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 il Medico della **Guardia Igienica** tramite il centralino del P. O. di Codogno (tel. **0377.4651**)