

REGIONE UMBRIA

Azienda USL.....

SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA

MALATTIA **SOSPETTA** **ACCERTATA** (Barrare le caselle che interessano)

	Medico ⇨Az. USL	Az. USL ⇨Regione
<input type="checkbox"/> Antrace	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Bleenorragia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Botulismo	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Brucellosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Campilobatteriosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colera	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Criptosporidiosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Difterite	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Echinoccosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Encefalite trasmessa da zecche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Encefaliti virali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epatite virale A	<input checked="" type="checkbox"/>	*24h
<input type="checkbox"/> Epatite virale B	<input checked="" type="checkbox"/>	*24h
<input type="checkbox"/> Epatite virale C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altre epatiti virali acute	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Febbre gialla	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Febbre Q	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Febbre tifoide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Giardiasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Lebbra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Legionellosi*	<input checked="" type="checkbox"/>	24h
<input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leptosirosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Listeriosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt-Jacob	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Malattia da E. Coli patogeno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia di Lyme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da H. Influenzae*	<input checked="" type="checkbox"/>	24 h
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da meningococco*	<input checked="" type="checkbox"/>	24 h
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da Pneumococco*	<input checked="" type="checkbox"/>	24 h
<input type="checkbox"/> Meningite batterica n. s. *	<input checked="" type="checkbox"/>	24 h
<input type="checkbox"/> Morbillo	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Paratifo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parotite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pediculosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pertosse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Peste	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Poliomielite	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Psittacosi/Omitosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rabbia	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Rickettsiosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rosolia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rosolia congenita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Salmonellosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SARS	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Scabbia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scarlattina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Shigellosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sifilide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tetano	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Tifo esantematico	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Tossinfezione alimentare	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trichinosi	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Tubercolosi extrapolmonare	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tubercolosi polmonare*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tularemia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Yersinosi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaiolo	<input checked="" type="checkbox"/>	12 h
<input type="checkbox"/> Varicella	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome/Nome.....
 Data di nascita []/[]/[] Sesso M F
 Comune di nascita:.....
 Domicilio: Via.....
 Comune:..... Prov. []/[]
 Residenza (se diversa dal domicilio):
 Via.....
 Comune:..... Prov. []/[]
 Recapito telefonico:
 Professione:
 Collettività frequentata (es: scuola materna, casa di riposo, ecc.)

 Data inizio sintomi : []/[]/[]
 Comune:
 Viaggi/soggiorni all'estero: no sì
 Specificare dove:.....
 Ricovero ospedaliero: no sì
 Specificare ospedale:.....
 Gravidanza: sì
 Specificare età gestazionale: settimana []/[]
 Precedentemente vaccinato sì no non so
 Criteri di diagnosi:
 Clinica.....
 Sierologica.....
 Esame diretto/istologico.....
 Esame colturale.....
 Altro.....
 Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria? sì no non so
 Altri casi di malattia potenzialmente correlati? sì no non so
 Commenti.....

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un timbro)

Cognome e nome :.....
 N° telefonico:.....
 Data: []/[]/[]/Firma del medico:.....

SEGNALAZIONE da parte del medico

(tramite Direzione Sanitaria o di Presidio se ospedaliero)

alla Az. USL.....

- IMMEDIATA:** tramite telefono o fax
 -al Servizio Igiene e Sanità Pubblica o al Centro di Salute
 -al n. tel. del medico igienista reperibile nei gg. festivi
 PER VIA ORDINARIA : di norma per posta o per e.mail

SEGNALAZIONE da parte del Servizio I.S.P.

alla Regione Umbria

- 12 h:** - tramite telefono al n. 075 -5045284
 e successive comunicazioni tramite fax al n. 075-5045249, o
 al n. 075-5045569, o via e. mail.
24 h: - tramite telefono al n. 075 -5045284
 - tramite fax al n. 075-5045249 ,o al n. 075-5045569, o via e.mail.
 PER VIA ORDINARIA : di norma per posta o per e.mail

A cura del Servizio Igiene e Sanità Pubblica

- Epatite A * 24 h solo se si tratta di focolaio epidemico
 Epatite B * 24 h solo se si tratta di focolaio epidemico
 Legionellosi * str. turistica str. sanitaria terme
 Meningite batterica* str. a rischio età ≤ 24 anni personale scuole
 TBC * collettività a rischio polm. (operatore) polm. (paziente)