

**SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA**
**MALATTIA:** (barrare l'apposita casella) (1)

**Malattie prevenibili con programmi di vaccinazione**

- Difterite ☎ .....  
 Malattia invasiva da *H. Influenzae* ☎ .....  
 Morbillo ☎ .....  
 Parotite ☒ .....  
 Pertosse ☎ .....  
 Poliomielite/Paralisi flaccida acuta ☎ .....  
 Rosolia ☎ .....  
 Rosolia congenita ☒ .....  
 Tetano ☒ .....

**Epatiti virali acute**

- Epatite virale A ☎ .....  
 Epatite virale B ☎ .....  
 Epatite virale C ☒ .....  
 Altre epatiti virali acute

**Malattie gastrointestinali e malattie di origine alimentare e idrica**

- Botulismo ☎ .....  
 Campilobatteriosi ☒ .....  
 Colera ☎ .....  
 Criptosporidiosi ☒ .....  
 Febbre tifoide ☒ .....  
 Giardiasi ☒ .....  
 Listeriosi ☒ .....  
 Malattia da *E. coli* Patogeno ☒ .....  
 Paratifo ☒ .....  
 Salmonellosi ☒ .....  
 Shigellosi ☒ .....  
 Tossinfezione alimentare ☎ .....  
 Toxoplasmosi ☒ .....  
 Trichinosi ☎ .....  
 Yersinosi ☒ .....

**Malattie trasmissibili per via aerea**

- Legionellosi ☒ .....  
 Malattia invasiva da meningococco ☎ .....  
 Malattia invasiva da pneumococco ☒ .....  
 Meningite batterica ☎ .....  Meningite virale ☒ .....  
 Micobatteriosi non tubercolare ☒ .....  
 Tubercolosi ☒ .....  
 Varicella ☒ .....  Scarlattina ☒ .....

**Malattie trasmesse da vettori o altre zoonosi anche importate**

- Brucellosi ☒ .....  
 Echinocosi ☒ .....  
 Encefalite trasmessa da zecche ☒ .....  
 Febbre ricorrente epidemica ☎ .....  
 Febbre gialla ☎ .....  
 Leishmaniosi ☒ .....  
 Leptosirosi ☒ .....  
 Malaria ☒ .....  
 Malattia di Lyme ☒ .....  
 Rabbia ☎ .....  
 Rickettsiosi ☒ .....  scabbia ☒ .....  tigna ☒ .....

**Altre malattie gravi e importanti**

- Antrace ☎ .....  
 Febbri emorragiche virali ☎ .....  
 Malattia di Creutzfeldt-Jacob ☒ .....  
 Peste ☎ .....  
 Tifo esantematico ☎ .....  
 Tularemia ☎ .....  
 Vaiolo ☎ ☒ .....  lebbra ☎ ☒ .....

 Altre malattie non incluse nell'elenco: specificare.....

**Comunicazione immediata per esigenze di profilassi**
**Segnalare non oltre le 12 ore (2)** la malattia sospetta al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente **al nr. telefonico 0425-393770 mattino**
**al nr fax 0425\394708;**
**di sabato e domenica e giorni festivi tramite 118**

**Comunicazione per via ordinaria e comunque non oltre**
**le 48 ore** al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente all'indirizzo: **SISP ASL 5 Cittadella SS via Tre Martiri 89-45100Ro** oppure:

**E mail: [sisp.ro@aulss5.veneto.it](mailto:sisp.ro@aulss5.veneto.it)**
**Dati relativi al paziente**

 codice SSN.(3)..... sesso  F  M

**Cognome:**.....

**Nome:**..... nato il.(5)..... età.(6).....

comune o stato estero di nascita..... Prov.(4).....

**domicilio:**

Comune o stato estero..... Prov(7).....

Indirizzo(8).....

**residenza** (se diverso da domicilio).

Comune o stato estero..... Prov(9).....

Indirizzo(10).....

 **senza fissa dimora**
**numero telefono**.....

**Collettività frequentata: (11)**(es: scuola materna, casa di riposo,caserma )

Nome.....

Comune di .....

**Data inizio sintomi:** .....

**Comune inizio sintomi:**.....

**Ricovero in luogo di cura (13):**  NO  SI (specificare quale)

.....

**Gravidanza(12)**  SI (MESI.....)  NO  NON NOTO

**Precedentemente vaccinato:**  SI  NO  NON SO

**Criteri di diagnosi (14):**
 Clinica  sierologica

 esame Microscopico  esame colturale  altro

materiale .....

**Casi di malattia correlati**  SI (nr.....)  NO  NON NOTO

**Commenti**

 .....  
 .....  
 .....

**DATI RELATIVI AL MEDICO** (accettabile anche un timbro)

**Cognome:**.....

**nome:**.....

nr.telefonico.....

luogo..... data.....