



Segnalazione di Malattia infettiva

Da:

A: AOU Federico II - Direzione Sanitaria

Caso Sospetto Accertato

Barrare la casella che interessa

Malattie prevenibili con vaccinazione:

- Difterite
- Malattia invasiva ds H. Influenzae
- Malattia invasiva da meningococco
- Malattia invasiva da pneumococco
- Morbillo
- Parotite
- Pertosse
- Poliomielite/paralisi flaccida acuta < 15 anni
- 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
- Campiobatteriosi
- Colera
- Criptosporidiosi
- Febbre tifoide
- Giardiasi
- Listeriosi
- Malattia da E. coli Patogeno
- Paratifo
- Salmonellosi
- Shigellosi
- Tossinfezione alimentare
- Toxoplasmosi
- Trichinosi
- Yersinosi

Malattie trasmissibili per via aerea:

- Influenza
- Influenza con isolamento virale
- Legionellosi
- Malattie batteriche invasive da altri agenti
- Tubercolosi
- Micobatteriosi non tubercolare
- Varicella

Malattie trasmesse da vettori o altre Zoonosi anche importate:

- Brucellosi
- Chikungunya
- Dengue
- Echinococcosi
- Encefalite trasmessa da zecca
- Encefaliti virali
- Febbre gialla
- Febbre ricorrente epidemica
- Leishmaniosi
- Leptosirosi
- Malaria
- Malattia di Lyme
- Rabbia
- Rickettsiosi
- West-Nile
- Zika virus

Malattie a trasmissione diretta

- Acariasi
- Pediculosi

Malattie a trasmissione sessuale

- Sifilide
- linfogranuloma venereo
- gonorrea
- Monkey Pox

Altre malattie gravi e importanti

- Antrace
- Febbri emorragiche virali
- Malattia di Creutzfeldt – Jacob
- Peste
- Tifo esantematico
- Tularemia
- Herpes Zooster
- Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Altro.....

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome e Nome.....

CF:.....

Data di Nascita.....Sesso F M

Cittadinanza Italiana Altro,

Domicilio.....

Residenza (se diversa dal domicilio).....

Senza fissa dimora

Recapito telefonico.....

Professione.....

Data inizio sintomi.....

Comune inizio sintomi.....

Ricovero ospedaliero No Si Data ricovero.....

Vaccinato per questa patologia No Si Non noto

Criteri di diagnosi:

Clinica.....

Sierologia.....

Esame microscopico/istologico.....

Esame colturale.....

Biologia molecolare.....

Eventuale fonte di contagio.....

Altri casi correlati Si, n° No Non noto

DATI RELATIVI AL MEDICO

Cognome e Nome.....

Recapito telefonico.....

Data segnalazione.....

COME SEGNALARE ALLA UOSD DI DIAGNOSI

Segnalazione **Immediata** non oltre le 12 ore – Tel. 0817463543

Seguita da trasmissione modulo protocollo Lapis

Segnalazione per via ordinaria non oltre le 48 ore

Con modulo protocollo Lapis