



## CASO DI .....

## MALATTIE TRASMISSIBILI

- AIDS
- Antrace
- Blenorragia ed altre infezioni a trasmissione sessuale
- Botulismo
- Brucellosi
- Colera
- Dermatofitosi (tigna)
- Diarree infettive (comprende campylobacter, yersiniosi, EHEC, criptosporoidosi)
- 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
- 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
- Mononucleosi infettiva
- Morbillo
- Pediculosi (in forma epidemica)
- Parassitosi intestinali e non (giardiasi, amebiasi, ...)
- Parotite
- Pertosse
- Poliomielite
- Rabbia
- Rickettsiosi
- Rosolia congenita e non
- Salmonellosi non tifoidee
- Scabbia
- Scarlattina
- Shigellosi
- Sifilide
- Tetano
- Trichinosi
- Toxoplasmosi
- Tubercolosi e Micobatteriosi non tubercolare
- Tularemia
- Vaiblo
- Varicella

- Invio differito
- Invio immediato

## 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 .....