



SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

Caso di Criterio diagnostico Es. clinico Es. diretto
Es. colturale Es. sierologico

A

ATTENZIONE

L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.

Visto: Si autorizza la stampa.

Data:

Firma:

COGNOME NOME

NASCITA prov. giorno mese anno sesso

NAZIONALITÀ

STATO CIVILE TITOLO DI STUDIO PROFESSIONE

RESIDENZA prov. TEL. USL.

COMUNITÀ FREQUENTATA prov. TEL. USL.

B

DATA INIZIO SINTOMI giorno mese anno VACCINATO IN PRECEDENZA NO SI anno

RICOVERATO PRESSO il giorno mese anno

ospedale, reparto

C

FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI RILEVANTI

Medico notificante
(firma e timbro)

Recapito

Telefono

Data di notifica giorno mese anno USL.