

**SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA mod. MI-BASE**

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

**A**  
 COGNOME..... NOME.....

NASCITA.....      
comune prov. giorno mese anno sesso

NAZIONALITA' ..... TEL.

STATO CIVILE ..... TITOLO DI STUDIO ..... PROFESSIONE.....

RESIDENZA.....  TEL.   
USL

DOMICILIO.....  TEL.   
(se diverso da residenza) USL

COMUNITA' FREQUENTATA.....  TEL.   
indirizzo prov indirizzo prov USL

**B**  
 DATA INIZIO SINTOMI   
 VACCINATO IN PRECEDENZA NO  SI    
anno

RICOVERATO PRESSO ..... il   
Ospedale, reparto giorno mese anno

**C**  
 FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI RILEVANTI.....

PARTECIPAZIONE EVENTO GIUBILARE NO  SI

NOME EVENTO .....

LUOGO EVENTO..... DATA EVENTO

Medico notificante  
 (firma e timbro)

Recapito .....  
 Telefono

Data di notifica   
USL