

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. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ USL ☐☐☐☐
(se diverso da residenza)

COMUNITA' FREQUENTATA ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Indirizzo prov. Indirizzo prov. TEL. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 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

Medico notificante
(firma e timbro)

Recapito

Telefono ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data di notifica ☐☐☐☐☐☐ USL ☐☐☐☐