

Inviare a:

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regione, Autorità sanitaria locale

Mod.15 - Sanità Pubblica - modificato
Classe III

SCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA SU CASO DI MALARIA

 IMPORTATA INDOTTA AUTOCTONA

| | |
|---------------|-------------------------|
| REGIONE _____ | PROVINCIA _____ |
| COMUNE _____ | ASL _____ COD.ASL _____ |

Sezione A

| | | |
|--|-------------------|---|
| COGNOME _____ | NOME _____ | SESSO <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina |
| ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA: [____] [____] | | |
| < 1 anno. Da 0 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni >99 indicare 99 | | |
| CITTADINANZA _____ | | |
| CODICE SSN  | PROFESSIONE _____ | |
| INDIRIZZO DOMICILIO ABITUALE _____ | | |
| STATO DI RESIDENZA _____ | | |
| SE RESIDENTE IN ITALIA INDICARE COMUNE _____ | | PROV. [____] |
| ASL DI RESIDENZA _____ | | COD. ASL RES _____ |

Sezione B

| | |
|--|---|
| PAESE VISITATO _____ | CONTINENTE _____ |
| MOTIVO DEL VIAGGIO | <input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/> turismo <input type="checkbox"/> rientro Paese d'origine |
| | <input type="checkbox"/> immigrazione <input type="checkbox"/> missione religiosa <input type="checkbox"/> missione militare |
| | <input type="checkbox"/> non noto <input type="checkbox"/> altro specificare _____ |
| DATA PARTENZA DALL'ITALIA ____/____/____ | DATA RIENTRO IN ITALIA ____/____/____ |
| DATA INIZIO SINTOMI ____/____/____ | RICOVERO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |
| RICOVERATO PRESSO OSPEDALE DI _____ | REPARTO _____ |
| DATA RICOVERO ____/____/____ | DATA DIAGNOSI CLINICA ____/____/____ |
| | DATA DIAGNOSI EMOSCOPICA ____/____/____ |
| ESITO <input type="checkbox"/> guarigione <input type="checkbox"/> decesso | DATA DIMISSIONE/DECESSO ____/____/____ |
| SPECIE DI PLASMODIO | <input type="checkbox"/> P. falciparum <input type="checkbox"/> P. vivax <input type="checkbox"/> P. malariae <input type="checkbox"/> P. ovale |
| | <input type="checkbox"/> forme miste specificare _____ <input type="checkbox"/> non specificabile |
| TERAPIA _____ | FARMACORESISTENZA A _____ |
| CHEMIOPROFILASSI <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si, incompleta | |
| Se si specificare tipo chemioprolassi _____ | |
| Note: indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie, casi di recidiva e recrudescenza | |
| Medico _____ | Data compilazione ____/____/____ |

Sezione C (riservata all'Istituto Superiore di Sanità)

| | |
|---------------------------|------------------------------|
| Emoscopia pervenuta _____ | Emoscopia di controllo _____ |
|---------------------------|------------------------------|

Inviare a:

Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale,
Viale Giorgio Ribotta, 5, Roma-00144. Indirizzo di posta elettronica: malinf@sanita.itIstituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Malattie infettive, Viale Regina Elena, 299, 00161-Roma, specificando nell'intestazione "Notifica per malaria". Indirizzo di posta elettronica: sorveglianza.malaria@iss.itAssessorato Sanità Regionale
Autorità Sanitaria Locale