

REGIONE TOSCANA

USL

NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA

(D.M. 15/12/90)

Malattia

Cognome e Nome del Paziente

Residenza

Domicilio (se diverso dalla residenza) Cittadinanza

Data di nascita Sesso Professione

Data presunta d'inizio della malattia

Comune dove sono iniziati i sintomi: stesso comune di quello di residenza SI NO

Altro comune (specificare)

Ricovero in luogo di cura: SI NO Se si specificare

..... Diagnosi accertata SI NO

Criteria diagnostici seguiti: (anche in attesa di risposta):

CLINICO ES. COLTURALE ES. DIRETTO SIEROLOGIA

Se esiste vaccino nei confronti della malattia:

NON NOTO NON VACCINATO VACCINATO ANNO

Recapito del Medico che notifica

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE NOTIFICA

.....

Data