

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"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P. vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> <i>P. ovale</i>	
<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.it

Istituto 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.it

Assessorato Sanità Regionale
Autorità Sanitaria Locale