

Da compilare a cura del medico che  
accerta o sospetta una malattia infettiva

REGIONE TOSCANA

U.S.L. ....

**NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA**  
(D.M. 15/12/90)

Malattia \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del Paziente \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio ( se diverso dalla residenza ) \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ data presunta inizio malattia \_\_\_\_\_

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

Altro comune ( specificare ) \_\_\_\_\_

Ricovero in luogo di cura :      SI       NO       se si, specificare dove \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Diagnosi accertata      SI       NO

**CRITERI DIAGNOSTICI ESEGUITI:** ( anche se in attesa di risposta )

1 CLINICO

2 ES. COLTURALE

3 ES. DIRETTO

4 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 \_\_\_\_\_

Obblighi del Medico per ogni caso di malattia infettiva e diffusa accertata o sospetta Arll. 253/254 T.U.L.L.SS. UM 15/12/90  
Il Medico ha l'obbligo di segnalare al Servizio di Sanità Pubblica e tutela dell'Ambiente o al più Vicino distretto della U.S.L. ogni caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo di cui venga a conoscenza nell'esercizio della sua professione.

**CLASSE 1°**

1) Colera, 2) Febbre gialla, 3) Febbre ricorrente epidemica 4) Febbri emorragiche virali (febbre di lassa, marburg, ebola), 5) Peste, 6) Poliomielite, 7) Tifo esantematico, 8) Botulismo, 9) Difterite, 10) Influenza con isolamento virale, 11) Rabbia, 12) Tetano, 13) Trichinosi.

Segnalazione telefonica al Servizio di Sanità Pubblica della U.S.L., entro 12 ore dal sospetto di un caso di malattia con indicazione di malattia sospetta - nome, cognome, data di nascita - sesso e residenza del paziente eventuale luogo di ricovero - fondamento del sospetto diagnostico - Nome, Cognome, o recapito del Medico segnalante.

**CLASSE 2°**

14) Blenorragia, 15) Brucellosi, 16) Diarree infettive non da salmonella, 17) Epatite virale A, 18) Epatite virale B, 19) Epatite virale non specificata, 20) Epatite virale non specificata, 21) Febbre tifoidea, 22) Legionellosi, 23) Leishmaniosi cutanea, 24) Leishmaniosi viscerale, 25) Leptospirosi, 26) Listeriosi, 27) Meningite ed encefalite acuta virale, 28) Meningite meningococcica, 29) Morbillo, 30) Parotite, 31) Pertosse, 32) Rickettsiosi diversa da tifo esantematico, 33) Rosolia, 34) Salmonellosi non tifoidea, 35) Scarlattina, 36) Sifilide, 37) Tularemia, 38) Varicella.

**CLASSE 3°**

39) Aids, 40) Lebbra, 41) Malaria, 42) Micobatteriosi non tubercolare, 43) Tubercolosi.

Segnalazione tramite recapito del presente modulo al Servizio di Sanità Pubblica e tutela dell'Ambiente della U.S.L., entro 2 giorni dall'osservazione del caso. Per la notifica di casi di AIDS esiste già un flusso stabilito.

**CLASSE 4°**

44) Dermalofitosi (tigna), 45) Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, 46) Pediculosi, 47) Scabbia. Segnalazione telefonica o tramite recapito del Modulo al Servizio di Sanità Pubblica e tutela dell'Ambiente della U.S.L. entro 24 ore

**CLASSE 5°**

Ogni eventuale malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo non compresa nelle classi precedenti e zoonosi di cui al DPB 320/54 [Carbonchio - Mal rossino - Morva - Miasi da coeliomya hominivorax - lebbre della valle del rifl - Idalidosi].

- V: Segnalazione tramite recapito del presente modulo al Servizio di Sanità Pubblica o al distretto più vicino della U.S.L.

**IN FRANCHIGIA**

Alla U.S.L. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ ( )