

	Direzione Sanitaria	Mod. 0350	Pag. 1 di 1
	NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA	Parola chiave: <i>malattia infettiva</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

Alla cortese attenzione di:

CASO DI

COGNOME E NOME _____

RESIDENZA _____

DATA DI NASCITA _____ TELEFONO _____

PROFESSIONE _____ DATA DI INIZIO SINTOMI _____

LUOGO DEL RICOVERO _____

PAZIENTE VACCINATO NEI CONFRONTI DELLA MALATTIA?

- SI (in data _____), TIPO DI VACCINO _____
- NO
- NON NOTO

TERAPIA _____

MISURE DI PROFILASSI _____

MEDICO NOTIFICATORE _____

DATA DELLA NOTIFICA _____