



Dipartimento di Prevenzione - Servizio di Epidemiologia e Prevenzione

Via Federico Ricco n°50 – 84014 Nocera Inferiore (SA) - Tel. / Fax 081.9212056

E-mail: dp.sep@aslsalerno.it - PEC: dp.sep@pec.aslsalerno.it

Prot. n. 3002 del 27 SET. 2019

Al Direttore U.O.C. Assistenza Primaria

Ai Direttori Sanitari

Distretti 60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72

e per il loro tramite ai MAP e PLS

Ai Responsabili U.O.S.D. Prevenzione Collettiva

Distretti 60_63, 61_62, 64_65, 66_67_68, 69_70, 71_72

Oggetto: Trasmissione modello di Segnalazione Caso Sospetto/Accertato di
Malattia Infettiva

Si trasmette in allegato alle SS.LL. il modello di Segnalazione Caso Sospetto/Accertato di
Malattia Infettiva, che sostituisce il modello M1 della Delibera G. R. n. 3486/97
concernente la disciplina dei flussi Regionali delle malattie infettive.

Il Direttore
Servizio di Epidemiologia e Prevenzione
Dott.ssa Anna Luisa Cafazzo





SEGNALAZIONE CASO SOSPETTO ACCERTATO

di Malattia Infettiva _____

Comune _____ Distretto _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 C.F. non conosciuto

Num. Identif. Personale/STP _____ Se nato all'estero, nazionalità _____

Iscritto al SSN Si No Non so Anno arrivo in Italia ____ Paese di provenienza _____

Professione _____ Residente in _____ Via _____

_____ Tel. _____ Senza fissa dimora Si No Non so

Vive in Collettività Si No Non so Specificare (Tipologia) _____ Denominazione e

Indirizzo Collettività _____ Tel. _____

Luogo di Lavoro/Scuola _____ Denominazione e Indirizzo _____

_____ Tel. _____

Eventuale domicilio abituale _____ Domicilio (effettivo) Regione _____

Provincia _____ Comune _____ Cod. ISTAT _____

Data Inizio Sintomi ____/____/____ Luogo Inizio Sintomi _____

Il sospetto/certezza si fonda su: Dati Clinici Si No Esame Diretto Si No

Esame Colturale Si No Esame Sierologico Si No se sì, quali _____

Esami Strumentali _____

Ev. Osservazioni _____

Se esiste un vaccino per questa malattia, specificare Non Vaccinato Non noto Vaccinato
anno _____

Data ____/____/____ Timbro e Firma del Medico Segnalatore

N.B. A cura del medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o libero professionista, da far pervenire alla UOSD Prevenzione Collettiva di diagnosi.