

Regione Emilia-Romagna – Azienda Sanitaria Locale di Piacenza

**SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA – SSCMI/2023**

**MALATTIA:**  Sospetta  Accertata

*Barrare la casella che interessa:*

- Antrace ☎
- Borreliosi ☒
- Botulismo ☎
- Brucellosi ☒
- Chikungunya ☎
- Colera ☎
- Criptosporidiosi ☒
- Dengue ☎
- Dermatofitosi ☒
- Difterite ☎
- Echinococcosi ☒
- Encefalite virale da zecche ☒
- Encefalite virale trasmessa da artropodi ☎
- Epatite virale A ☎
- Epatite virale B ☒
- Epatite virale C ☒
- Epatite virale D ☒
- Epatite virale E ☒
- Epatiti virali acute altre ☒
- Febbre emorragica virale ☎
- Febbre gialla ☎
- Febbre Q ☒
- Febbre ricorrente epidemica ☎
- Febbre tifoide e paratifoide ☒
- Febbre virale West Nile ☎
- Giardiasi ☒
- Herpes zoster ☒
- Infezione da Chlamydia ☎
- Infezione gonococcica (Blenorragia) ☒
- Infezione intestinale da Campylobacter ☒
- Infezione intestinale da Escherichia Coli produttore della Shiga/Verocitossina (STEC/VTEC) inclusa SEU ☒
- Infezioni da enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE) ☒
- Infezione intestinale da Yersinia Enterocolitica ☒
- Infezioni da Salmonella ☒
- Influenza ☎ (forma grave)
- Influenza aviaria ☎
- Lebbra ☎
- Legionellosi ☎
- Leishmaniosi cutanea ☎
- Leishmaniosi viscerale ☎
- Leptosirosi ☒
- Linfogramuloma venereo ☒
- Listeriosi ☎
- Malaria ☒
- Malattia batterica invasiva ☎
- Malattia di Creutzfeldt-Jakob ☎
- Meningiti virali ☎
- Micobatteriosi non tubercolare ☎
- Morbillo ☎
- Parotite epidemica ☒
- Pediculosi e ftiriasi ☒
- Pertosse ☒
- Peste ☎
- Poliomielite acuta ☎
- Polmonite da Psittacosi ☒
- Rabbia ☎
- Rickettsiosi ☒
- Rosolia ☎
- Rosolia congenita ☎
- Rosolia in gravidanza ☎
- Scabbia ☒
- Scarlattina ☒
- Shigellosi ☒
- Sindrome respiratoria medio orientale (Mers-CoV) ☎
- Sifilide ☒
- Sifilide congenita ☒
- Tetano ☎
- Tifo (epidemico) da pidocchi ☎
- Tossinfezioni di origine alimentare ☎
- Toxoplasmosi ☒
- Toxoplasmosi congenita ☒
- Trichinellosi ☎
- Tubercolosi ☎
- Tularemia ☒
- Vaiolo ☎
- Vaiolo delle scimmie (Monkeypox) ☎
- Varicella ☒
- Zika ☎
- Zika congenita ☎
- Infezioni correlate all'assistenza (ICA) ☒
- Altro (specificare) ☒

**DATI RELATIVI AL PAZIENTE**

**Cognome/Nome:** .....

**Data di nascita:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_| **Sesso:**  F  M

**Comune di nascita:** .....

**Domicilio:** Via .....

Comune ..... Prov. |\_|\_|

**Residenza** (se diversa da domicilio): Via .....

Comune ..... Prov. |\_|\_|

**Recapito telefonico:** .....

**Professione** .....

**Collettività frequentata** (es. scuola materna, casa di riposo...) **denominazione:**

**Inizio sintomi:** |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|| Comune .....

**Viaggi/soggiorno all'estero:**  sì, spec. ....

**Ricovero ospedaliero:**  sì, spec. ....

**Gravidanza:**  sì Specificare, età gestazionale: settimana |\_|\_|

**Precedentemente vaccinato:**  sì  no  non so

**Criteri di diagnosi:**

Clinica .....

Sierologia .....

Esame microscopico/istologico .....

Esame colturale .....

Biologia molecolare .....

Altro .....

**Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria?**  sì  no  non so

**Altri casi di malattia potenzialmente correlati?**  sì  no  non so

**Commenti:** .....

**DATI RELATIVI AL MEDICO** (accettabile anche un timbro)

**Cognome e Nome:** .....

**N° telefonico:** ..... **Data:** |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|

**Firma del medico** .....

**COME SEGNALARE AL DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA**  
(tramite la direzione sanitaria o di presidio, se medico ospedaliero)

☎ Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore) **per telefono** :

✓ al n. **0523 317930** (lun-ven 08.00-18.00)

✓ **CTU n. 0523 303900** (lun-ven 18.00-8.00, sab 8.00-24.00, fest 0-24.00)

☒ Segnalazione **per via ordinaria** (di norma non oltre le 48 ore) a  
UO Malattie Infettive e Parassitarie, Dipartimento di Sanità Pubblica –  
P.le Milano,2 – 29121 Piacenza

**Fax** U.O. Mal Infettive DSP n° **0523 317828** o e-mail [malinfpc@ausl.pc.it](mailto:malinfpc@ausl.pc.it)

## Regione Emilia-Romagna – Azienda Sanitaria Locale di Piacenza

Il medico è tenuto ad effettuare la segnalazione compilando tutte le voci presenti sulla scheda.

Il flusso informativo prevede la trasmissione della scheda dal medico, direttamente o attraverso la Direzione Sanitaria del Presidio/Azienda Ospedaliera, al Dipartimento di Sanità Pubblica della ASL competente per territorio

### MALATTIA

Devono essere segnalate tutte le malattie infettive e diffuse o sospette di esserlo o che, per modalità di presentazione del quadro clinico e per caratteristiche epidemiologiche, si verificano in modo inusuale all'interno della collettività. Barrare il riquadro corrispondente alla malattia infettiva da segnalare; se la malattia non è presente nell'elenco barrare "altro" e specificare [es. Altro (specificare)  amebiasi, mononucleosi infettiva, ecc.]

### MALATTIA CHE GENERA ALLERTA

È una malattia infettiva che richiede l'adozione immediata di interventi di sanità pubblica, sia a livello nazionale che internazionale, in quanto a elevato rischio di diffusione o perché precedentemente eradicata o eliminata o oggetto di Piani o Progetti di eradicazione o eliminazione oppure perché provocata da azioni deliberate

### DATI RELATIVI AL PAZIENTE

**Cognome / Nome / Data di nascita / Sesso / Comune di nascita:** compilare correttamente i dati anagrafici

**Domicilio:** indicare Via/Piazza, numero civico, Comune, Provincia (sigla)

Per soggetti senza fissa dimora o nomadi indicare il Comune di domicilio abituale negli ultimi tre mesi prima dell'inizio della malattia; per i detenuti indicare, se possibile, il Comune di domicilio negli ultimi tre mesi prima dell'inizio della malattia oppure l'Istituto Penitenziario in cui erano ospitati al momento dell'inizio della malattia

**Residenza (se diversa da domicilio):** indicare Via/Piazza, numero civico, Comune, Provincia (sigla) **Recapito**

**telefonico:** molto utile per permettere con immediatezza la conduzione della indagine epidemiologica da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

**Collettività frequentata:** (es: scuola materna, casa di riposo...) si intendono tutti quei luoghi in cui soggetti non appartenenti allo stesso nucleo familiare condividano con altre persone i medesimi spazi ed ambienti con frequenza e durata tali da configurare il potenziale per un contagio; ad esempio: nidi, scuole, collegi; strutture residenziali (quali Casa Residenza Anziani-CRA, Case Protette, Comunità alloggio, residenze protette, Case di riposo, residenze per recupero di tossicodipendenti e malati psichici) o semi-residenziali; residenze per immigrati e profughi; caserme; istituti penitenziari e di rieducazione; campo nomadi. L'indicazione del nome e dell'indirizzo della collettività frequentata dal paziente permette agli operatori di sanità pubblica di valutare velocemente l'esistenza di altri casi nella stessa collettività e di programmare con anticipo le misure da intraprendere per il controllo dell'infezione

**Data inizio sintomi:** indicare la data di inizio dei sintomi relativi all'episodio in corso; esso permette di valutare il momento del contagio e il periodo di infettività del caso

**Comune inizio sintomi:** luogo in cui i sintomi hanno avuto inizio

**Viaggi/soggiorno all'estero:** indicare eventuali viaggi e soggiorni all'estero in un periodo compatibile con quello di incubazione della malattia

**Ricovero ospedaliero:** se si specificare l'ospedale ed il reparto

**Gravidanza** se presente stato di gravidanza specificare l'età gestazionale: importante per molte malattie infettive ma soprattutto in relazione al piano di eliminazione della rosolia congenita

**Precedentemente vaccinato:** barrare sì / no / non so

**Criteri di diagnosi: Clinica / Correlazione Epidemiologica / Laboratorio** (Sierologia / Esame microscopico/istologico / Esame colturale / Biologia molecolare / Altro): barrare uno o più criteri utilizzati per la diagnosi, specificando il materiale biologico su cui l'esame è stato eseguito

**Malattia infettiva acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria o socio-sanitaria:** si definiscono così le malattie infettive acquisite durante un episodio assistenziale (non presenti in incubazione né manifeste clinicamente al momento dell'ingresso) e che possono manifestarsi anche dopo la dimissione coinvolgendo sia pazienti/ospiti e/o operatori in strutture sanitarie e socio-sanitarie

**Presenza di altri casi di malattia potenzialmente correlati:** segnalare se sono stati richiesti interventi in casi di malattia che potrebbero avere un legame epidemiologico/di laboratorio. N.B. questo campo definisce il sospetto o la presenza di un focolaio epidemico

### DATI RELATIVI AL MEDICO

È importante segnalare il recapito telefonico per rendere possibile al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica un contatto diretto in caso di necessità.