

Allegato 1

SCHEDA DI NOTIFICA DI STATO MORBOSO CAUSATO DA AGENTI BIOLOGICI, CHIMICI, FISICI USATI PER SCOPI AGGRESSIVI

Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione
Ufficio III - Osservatorio Epidemiologico Nazionale

(compilare in stampatello)

Regione _____ Azienda USL / Ospedaliera _____

N° telefono (attivo h 24) _____

Contatto _____ N° telefono _____

Paziente

Cognome e nome _____ Sesso M ___ F ___

Data di nascita ___/___/___

Comune di domicilio nell'ultimo mese _____

Comune inizio sintomi _____ Data inizio sintomi ___/___/___

Elencare segni e sintomi

se agente biologico, Malattia sospettata _____

Ricovero

se **Si** ___ data ricovero ___/___/___

Ospedale _____ Reparto _____

N° telefono _____

se **No** ___ domicilio paziente _____

n° tel. _____

Da trasmettere contemporaneamente a:

Ministero della salute n° fax 06 5994 4242 e-mail: dpv.oemi@sanita.it

Assessorato alla sanità n° fax _____