

NOTIFICA CASO DI :

Regione :	Asl notifica :	Asl Residenza :
Data segnalazione :	Data notifica :	Referente ULSS :
Segnalatore :		

Asl Residenza :

Referente Ulss :

ANAGRAFICA

Nome: _____

Cognome: _____

Sesso: _____

Nato estero : _____ Anno arrivo in Italia : _____

Provincia nascita : _____

Luogo nascita : _____

Data nascita : _____

Nazionalità : _____

Codice fiscale : _____ Numero STP : _____ Codice ENI : _____

Straniero non in regola : _____

Professione : _____

Professione :

RESIDENZA	DOMICILIO :
E' senza fissa dimora :	Provincia di domicilio :
Nazione di residenza :	Comune di domicilio:
Provincia residenza :	Indirizzo di domicilio:
Comune di residenza :	Telefono :
Indirizzo residenza:	

Indirizzo residenza:

CRITERI CLINICI

Clinico : Epidemiologico : Laboratorio :

Laboratorio :

INFORMAZIONI PRIMI SINTOMI	INFORMAZIONI STATO VACCINALE
Data primi sintomi :	Vaccinato :
Nazione :	Dose vaccino :
Provincia :	Data ultima dose :
Comune :	

Vaccinato :

Dose vaccino :

Data ultima dose :

Comune :

INFORMAZIONI SUL RICOVERO
Ricovero :
Struttura di ricovero:
Reparto:
Motivo :
Data del ricovero
Data dimissione :

Data dimissione :

RICERCHE DIAGNOSTICHE :	
Tipo ricerca:	Tipo ricerca:
Data esame :	Data esame :
Luogo:	Luogo:
Risultato :	Risultato :

Risultato :

DATI ESPOSIZIONE	
Viaggi al di fuori della propria residenza	
Nazione :	Periodo:
Nazione :	Periodo:
Nazione :	Periodo:

Nazione :

DATI PRESUNTO CONTAGIO

Nazione : _____

Provincia: _____

Comune: _____

Casi correlati: _____

Contatti stretti : _____

Collettività : _____

Altra collettività: _____

Altra collettività:

ESITO :
Il paziente è deceduto ? :

Il paziente è deceduto ? :

NOTE: