

Caso di Criterio diagnostico

Es. clinico
Es. colturale

Es. diretto
Es. sierologico

A

COGNOME NOME

NASCITA
comune prov. giorno mese anno sesso

NAZIONALITÀ

STATO CIVILE TITOLO DI STUDIO PROFESSIONE

RESIDENZA TEL
indirizzo prov. USL

COMUNITÀ FREQUENTATA TEL
indirizzo prov. USL

B

DATA INIZIO SINTOMI
giorno mese anno VACCINATO IN PRECEDENZA NO SI
anno

RICOVERATO PRESSO il
ospedale, reparto giorno mese anno

C

FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI RILEVANTI

Medico notificante
(firma e timbro)

Recapito

Telefono

Data di notifica
giorno mese anno USL