

**SCHEDA DI NOTIFICA DI SOSPETTO EVENTO EPIDEMICO**

Focolaio di ..... Codice  codice ISTAT sospetto  accertato

Luogo dell'evento .....

Via ..... per esteso Comune  codice ISTAT Circoscr.  solo per il comune di Roma ex USL  Distretto

n° di casi osservati  n° di casi riferiti  comunità coinvolta  n° componenti la comunità

n° ricoverati  Luogo ricovero .....

data iniz. sintomi    gg mm aa data esposizione (se nota)    gg mm aa

Agente ..... sospettato  accertato

Fattori di rischio sospettati .....  
(veicoli o altri)  
.....  
.....

**PER LE MALATTIE DI ORIGINE ALIMENTARE**

	avviata		ex USL	Distr.
	SI	NO		
Indagini epidemiologiche su conviventi/contatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Accertamenti epidemiologici alimentari/ambientali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Intervento di controllo o profilassi alimentari/ambientali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Note: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ex USL  Distretto  Circ.  Comune  cod. ISTAT Data medico notificante    gg mm aa

di notifica di notifica di notifica Data di notifica    gg mm aa

Compilata da ..... Tel. .... Data di notifica    gg mm aa