Colore giallo - tre copie autocopianti
istruzioni sul retro
Da inviare a Regione - ISTAT

Allegato 2

Ministero della Sanità
Mod.15 -Sanità Pubblica
Classe II

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ ☐☐ Provincia _____ ☐☐

Comune _____ ☐☐☐ USL _____ ☐☐

Caso di _____ CRITERIO 1 2 3 4 [1]
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9		ICD-9	
☐ 023	Brucellosi	☐ 100	Leptospirosi
☐ 002.0	Febbre tifoide	☐ 073	Ornitosi
☐ 003	Altre salmonellosi	☐ 085	Leishmaniosi cutanea
☐ 034.1	Scarlattina	☐	Leishmaniosi viscerale
☐ 055	Morbillo	☐ 070.1	Epatite A
☐ 072	Parotite epidemica	☐ 070.3	Epatite B
☐ 033	Pertosse	☐ 070.9	Epatite NANB
☐ 056	Rosolia	☐ 070.	Epatite virale non spec.
☐ 052	Varicella	☐ 482.8	Legionellosi
☐ 036	Meningite meningococcica	☐	Rickettsiosi (diverse da Tifo Esantematico)
☐ 090	Sifilide		
☐ 021	Tularemia	☐ 098	Blenorragia

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Professione _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)) _____

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia:
< 1 anno. Da 00 a 11 mesi ☐☐ ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni ☐☐ > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi: ☐☐ ☐☐ ☐☐ (gg mm aa) Comune inizio primi sintomi _____

Ricovero in luogo di cura ☐ Si ☐ No Se sì, specificare dove _____

Comune presunto del contagio[2] _____

Stato vaccinale nei confronti della malattia: ☐ Non vaccinato ☐ Non noto ☐ Vaccinato anno ☐☐ (aa)

Data di denuncia ☐☐ ☐☐ ☐☐ (gg mm aa) Sanitario che ha compilato la denuncia _____

Recapito _____ Tel. _____

1) Riportare i codici dei criteri riscontrati per definire il caso secondo le istruzioni sul retro.
2) Compilare solo per Leishmaniosi o Tularemia.