

**REGIONE TOSCANA**

**USL** .....

**NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA**

(D.M. 15/12/90)

Malattia .....

Cognome e Nome del Paziente .....

Residenza .....

Domicilio (se diverso dalla residenza) ..... Cittadinanza .....

Data di nascita ..... Sesso ..... Professione .....

Data presunta d'inizio della malattia .....

Comune dove sono iniziati i sintomi: stesso comune di quello di residenza    SI ☐    NO ☐

Altro comune (specificare) .....

Ricovero in luogo di cura:    SI ☐    NO ☐    Se si specificare .....

Diagnosi accertata    SI ☐    NO ☐

**Criteri diagnostici eseguiti: (anche se in attesa di risposta):**

**1** CLINICO

**2** ES. CULTURALE

**3** ES. DIRETTO

**4** SIEROLOGIA

**Se esiste vaccino nei confronti della malattia:**

☐ NON NOTO

☐ NON VACCINATO

☐ VACCINATO ANNO .....

Recapito del Medico che notifica .....

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE NOTIFICA**

DATA

## OBBLIGHI DEL MEDICO PER OGNI CASO DI MALATTIA INFETTIVA O DIFFUSIVA ACCERTATA O SOSPETTA

ART. 253/264 T.U.L.S.S. D.M. 15-12-90

Il Medico ha l'obbligo di segnalare al Servizio di Igiene Pubblica e del Territorio presso il Poliambulatorio «Susie Clarke» - Via Letizia - Bagni di Lucca - tel. 867829/86601 oppure presso l'Ufficio di Igiene - Ospedale S. Francesco Barga - tel. 7290, ogni caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo di cui venga a conoscenza nell'esercizio della sua professione.

### CLASSE I

1) Colera, 2) Febbre gialla, 3) Febbre ricorrente epidemica, 4) Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola), 5) Peste, 6) Poliomielite, 7) Tifo esantematico, 8) Botulismo, 9) Difterite, 10) Influenza con isolamento virale, 11) Rabbia, 12) Tetano, 13) Trichinosi.

**Segnalazione telefonica** al Servizio di Igiene Pubblica e del Territorio, **entro 12 ore dal sospetto** di un caso di malattia con indicazione di malattia sospetta - Nome, Cognome, data di nascita, sesso, residenza del paziente - eventuale luogo di ricovero - fondamento del sospetto diagnostico (clinico-culturale - es. diretto-sierologico) - Nome, Cognome e recapito del Medico segnalante.

### CLASSE II

14) Epatite virale A, 15) Epatite virale B, 16) Epatite virale NonA NonB, 17) Epatite virale non specificata, 18) Epatite virale NonA NonB, 19) Epatite virale non specificata, 20) Epatite virale non specificata, 21) Febbre tifoide, 22) Legionellosi, 23) Leishmaniosi cutanea, 24) Leishmaniosi viscerale, 25) Leptosirosi, 26) Listeriosi, 27) Meningite ed Encefalite acuta virale, 28) Meningite meningococcica, 29) Morbillo, 30) Parotite, 31) Pertosse, 32) Rickettsiosi diversa da tifo esantematico, 33) Rosolia, 34) Salmonellosi non tifoide, 35) Scarlattina, 36) Sifilide, 37) Tularemia, 38) Varicella.

**Segnalazione tramite recapito** del modulo di notifica al Servizio di Igiene Pubblica e del Territorio **entro 2 giorni** dall'osservazione del caso.

### CLASSE III

39) AIDS, 40) Lebbra, 41) Malaria, 42) Micobatteriosi non tubercolare, 43) Tubercolosi.

**Segnalazione tramite recapito** del modulo di notifica al Servizio di Igiene Pubblica e del Territorio **entro 2 giorni** dall'osservazione del caso.

Per la notifica di casi di AIDS esiste già un flusso stabilito.

### CLASSE IV

44) Dermatofitosi (Tigna), 45) Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, 46) Pediculosi, 47) Scabbia.

**Segnalazione telefonica o tramite recapito** del modulo di notifica al Servizio di Igiene Pubblica e del Territorio **entro 24 ore**.

### CLASSE V

Ogni eventuale malattia infettiva o sospetta di esserlo non compresa nelle classi precedenti e le zoonosi di cui al D.P.R. 320/56 (Carbonchio, Mal rossino, Morva, Miasi da *Cochliomya hominivorax*, Febbre della valle del rift, itadiosi).

**Segnalazione tramite recapito** del modulo di notifica al Servizio di Igiene Pubblica e del Territorio.

IN FRANCHIGIA

U.O. IGIENE PUBBLICA E DEL TERRITORIO  
Zona Valle del Serchio

c/o Poliambulatorio Susie Clarke - Via Letizia, 45  
55022 BAGNI DI LUCCA (Lu)