

NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA
(D.M. 07 MARZO 2022)

Parola chiave:

scheda

Rev. 01

del 15/12/2025

Alla cortese attenzione di:

CASO DI _____

COGNOME E NOME _____

RESIDENZA _____

DATA DI NASCITA _____ **TELEFONO** _____

PROFESSIONE _____ **DATA DI INIZIO SINTOMI** _____

LUOGO DEL RICOVERO _____

PAZIENTE VACCINATO NEI CONFRONTI DELLA MALATTIA?

- SI (in data _____), TIPO DI VACCINO _____
- NO
- NON NOTO

TERAPIA _____

MISURE DI PROFILASSI _____

MEDICO NOTIFICATORE _____

DATA DELLA NOTIFICA _____