Colore rosso - Quattro copie autocopianti
Istruzioni sul retro
Da inviare a Regione - Ministero - ISS

Allegato 1
Ministero della Sanità
Mod. 15 Sanità Pubblica
Classe I

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe I

Regione _____ IIII Provincia _____ IIII
 Comune _____ IIII USL _____ IIII
 Caso di _____
completare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente:

ICD-9 ☐ 001 Colera	ICD-9 ☐ 045 Poliomielite	ICD-9 ☐ 005 Botulismo	ICD-9 ☐ 087 Febbre ricorrente epidemica
☐ 050 Febbre gialla	☐ 032 Difterite	☐ 071 Rabbia	☐ 080 Tifo esantematico
☐ 020 Peste	☐ 487 Influenza con isolamento virale	☐ 078 Febbri emorragiche virali	☐ 037 Tetano
☐ 124 Trichinasi			

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Codice SSN _____
 Professione _____ Cittadinanza _____
 USL _____
 Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)
 Domicilio abituale _____
 Et compiuta all'inizio della malattia: < 1 anno. Da 00 a 11 mesi IIII ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni IIII > 99 indicare sempre 99
 Data inizio primi sintomi: IIII IIII IIII Comune inizio primi sintomi _____
 Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:
 Ricovero in luogo di cura SÌ No Non vaccinato Non noto Vaccinato
 Dose N° _____ Data ultima dose IIII IIII IIII luogo _____ tipo di vaccino _____

SEZIONE B

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo _____ dal IIII IIII IIII al IIII IIII IIII
 Luogo _____ dal IIII IIII IIII al IIII IIII IIII
 Luogo _____ dal IIII IIII IIII al IIII IIII IIII

Ricerche diagnostiche eseguite o in corso:

Tipe ricerca _____ Data esame IIII IIII IIII
 Luogo _____ Risultati _____
 Tipe ricerca _____ Data esame IIII IIII IIII
 Luogo _____ Risultati _____

Data di notifica IIII IIII IIII Luogo di compilazione _____
 Sanitario che ha compilato la notifica _____
 Recapito _____ Tel _____

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
MODELLO 15 - CLASSE I**

Tutti i casi che si verificano sul territorio nazionale devono essere notificati dalla USL per le vie brevi (fonogramma o telegramma) anche al solo sospetto clinico indipendentemente da una conferma diagnostica di laboratorio (con l'eccezione dell'influenza per la quale è richiesto l'isolamento del virus) al Ministero della Sanità, all'Assessorato Regionale alla Sanità e all'Istituto Superiore di Sanità, secondo quanto previsto dal D.M. 15 dicembre 1990.

Il presente modello deve essere compilato all'accertamento del caso in quadrupla copia di cui la prima va al Ministero, la seconda all'Assessorato Regionale alla Sanità, la terza all'ISS e la quarta rimane alla USL di notifica.

Ulteriori risultati delle indagini di laboratorio dovranno essere riportati agli enti predetti.

Le modalità di sorveglianza sanitaria intorno al caso (contatti, conviventi, etc.) dovranno essere comunicate in una relazione agli stessi enti predetti.

Il presente modulo e le successive comunicazioni vanno inviate a:

MINISTERO DELLA SANITA' - D.S.G.S.I.P.
Via Sierra Nevada, 60
00144 - Roma
Tel. 06/ 5922100
Telefax 06/ 5922116

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA
Viale Regina Elena, 299
00161 - Roma
Tel. 06/ 4990 - 273
Telefax 06/ 4456886

ISTRUZIONI PER LA COMPILOZIONE MODELLO 15 - CLASSE II

Il modello deve essere compilato in tripla copia di cui la prima va all'ISTAT, la seconda all'Assessorato Regionale alla Sanità e la terza rimane all'USL che notifica. Per i casi notificati in USL diverse da quella di residenza, una fotocopia del modello deve essere inviata per conoscenza alla USL di residenza del paziente.

Le modalità di notifica sono riportate sul D.M. 15 dicembre 1990.

La notifica è obbligatoria quando sussistono almeno tutti i criteri specificati qui di seguito e contrassegnati con la X per ogni malattia:

MALATTIA	CLINICA [1]	COLTURA [2]	ES. DIRETTO [3]	SIEROLOGIA [4]	NOTE
Brucellosi	X			X	
Febbre Tifoide	X			X	
Salmonellosi non tifoidee	X	X			
Diarrea infettiva	X	X			Diversa da salmonellosi
Scarlattina	X				
Morbillo	X				
Parotite epidemica	X				
Pertosse	X				
Rosolia	X				
Varicella	X				
Leptospirosi	X			X	
Meningite e encefalite acuta virale	X				Esame liquorale compatibile
Leishmaniosi cutanea	X		X		
Leishmaniosi viscerale	X		X		
Epatite A	X			X	IgM anti HAV
Epatite B	X			X	HBsAg e/o IgM antiHBc
Epatite NANB	X			X	neg. ai precedenti e CMV e EBV
Epatite virale non spec.	X				
Legionellosi	X			X	
Rickettsiosi	X			X	
Meningite meningococcica	X		X		
Sifilide	X			X	
Blenorragia	X		X		
Tularemia	X	X			
Listeriosi	X	X			

Definizione dei criteri di notifica:

- [1] CLINICA:** presenza di segni e sintomi indicativi di malattia acuta.
- [2] COLTURA:** isolamento e crescita dell'agente eziologico in idonee condizioni. La positività colturale è criterio sufficiente per la notifica anche in assenza dell'esame diretto o sierologico.
- [3] ES. DIRETTO:** identificazione dell'agente eziologico e dei suoi antigeni specifici mediante esami batterioscopico, tecniche immunologiche o sonde di acidi nucleici.
- [4] SIEROLOGIA:** evidenziazione di antigeni o anticorpi specifici contro l'agente eziologico a titolo significativo di malattia in atto, su singolo campione, oppure dimostrazione di sieroconversione (incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico tra la fase acuta e quella convalescente della malattia).

I casi notificati devono avere almeno i criteri riportati per ogni malattia
Per ogni caso notificato vanno specificati i codici dei criteri riscontrati

Coloro bianco - cinque copie autocopianti
Istruzioni sul retro
Da inviare a Regione - ISTAT - Ministero - ISS

Allegato 5
Ministero della Sanità
Mod.15 - Sanità Pubblica
Classe IV

SCHEDA DI NOTIFICA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - Classe IV

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Focolaio epidemico di _____
completare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

132.0 Pediculosi

133.0 Scabbia

110 Dermatofitosi (Tigna)

005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta: Famiglia Scuola Caserma altro spec. _____

N° totale persone a rischio (1) _____

Indirizzo della comunità _____

Agente eziologico _____ Identificato Sospetto

Veicolo _____ Identificato Sospetto

Data inizio epidemia (2) _____ se l'epidemia ci è esaurita, indicare la durata (3) _____
gg mm aa giorni

N° di casi (4) _____

Puntato luogo di origine dell'epidemia: _____
Se in Italia indicare USL e Regione; se all'estero indicare Stato

Data di notifica _____ Sanitario che ha compilato la notifica _____

Recapito _____ Tel. _____

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
MODELLO 15 - CLASSE IV**

Le modalità di notifica sono riportate sul D.M. 15 dicembre 1990

Si definisce "focolaio epidemico" il verificarsi di due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.) o comunque esposti ad una comune fonte di infezione.

- 1) Compilare con il numero complessivo delle persone presenti nella comunità coinvolta, (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.), o verosimilmente esposte al contagio.
- 2) Data inizio sintomi del primo caso osservato.
- 3) Distanza in giorni tra l'inizio dei sintomi del primo caso e l'inizio dell'ultimo caso.
- 4) Numero complessivo di casi della stessa malattia riconducibili alla medesima fonte di infezione.

91A0055