

Comune di **RESIDENZA** Provincia

(o Stato estero)
Via

solo se diverso dalla residenza:
Comune di **DOMICILIO** Provincia

(o Stato estero)
Via

senza fissa dimora

telefono fisso cellulare

tipo di **COLLETTIVITÀ** frequentata

asilo nido scuola materna elementare media inferiore superiore casa di riposo

caserma altra collettività: *specificare*

denominazione della collettività

indirizzo della collettività

altri casi correlati: sì no non noto

gravidanza: sì (indicare settimana di gravidanza:) no non noto

INIZIO SINTOMI

data: Comune di inizio sintomi:
(o Stato estero)

ricovero in luogo di cura: no

sì *indicare Ospedale e reparto*:

criterio diagnostico clinico sierologico altro: *specificare*

microscopico colturale **materiale di isolamento**:

STATO VACCINALE (se esiste vaccino nei confronti della malattia):

non noto NON vaccinato VACCINATO (*ultima dose effettuata nell'anno*)

commenti:

Medico segnalatore

Cognome

Nome

recapito telefonico

timbro e firma del medico

Comune in cui viene compilata la scheda

data di compilazione della scheda