

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 _____ Provincia _____
Comune _____ USL _____

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 Trichinesi			

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso ☒ M ☐ F

Codice SSN _____

Professione _____ Cittadinanza _____

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

Domicilio abituale _____

Età computata 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: _____ Comune inizio primi sintomi _____

Ricovero in luogo di cura ☐ Sì ☐ No Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:
☐ Non vaccinato ☐ Non noto ☐ Vaccinato

Dose N° _____ Data ultima dose _____ luogo _____ tipo di vaccino _____

SEZIONE B

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

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

Ricerche diagnostiche eseguite o in corso:

Tipo ricerca _____ Data esame _____
Luogo _____ Risultati _____
Tipo ricerca _____ Data esame _____
Luogo _____ Risultati _____

Data di notifica _____ 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/ 4456686

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 NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Caso di _____ CITERIO 1234

completare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9	ICD-9
☐ 023 Brucellosi	☐ 100 Leptospirosi
☐ 002.0 Febbre tifoide	☐ 047.9 Meningite e encefalite acuta virale
☐ 003 Salmonellosi non tifoidee	☐ 085.1 Leishmaniosi cutanea
☐ 008.0 Diarrea infettiva (non da salmonella)	☐ 085.0 Leishmaniosi viscerale
☐ 034.1 Scarlattina	☐ 070.1 Epatite A
☐ 055 Morbillo	☐ 070.3 Epatite B
☐ 072 Parotite epidemica	☐ 070.9 Epatite NANB
☐ 033 Pertosse	☐ 070. Epatite virale non spec.
☐ 056 Rosolia	☐ 482.8 Legionellosi
☐ 052 Varicella	☐ 082 Rickettsiosi (diverse da Tifo Esantematico)
☐ 036 Meningite meningococcica	☐ 098 Blenorragia
☐ 090 Sifilide	☐ 021 Tularemia
☐ 027.0 Listeriosi	

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN

Professione _____ Cittadinanza _____

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

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: Comune inizio primi sintomi _____

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

Comune presunto del contagio²⁾ _____

Se esistente vaccino nei confronti della malattia: ☐ Non vaccinato ☐ Non noto ☐ Vaccinato anno

Data di notifica Sanitario che ha compilato la notifica _____

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.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE 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	
Gonorragia	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

Cinque copie autocopianti
Da inviare a Regione - Ministero - ISS - ISTAT

Allegato 3

Ministero della Sanità
Mod. 16 bis modif.

MODULO DI RIEPILOGO MENSILE DELLE NOTIFICHE DI MALATTIE INFETTIVE

Regione Mese Anno 19

Provincia

ICD-9	Classi di età in anni compiuti								TOTALE
	0-14		15-24		25-64		≥ 65		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
023 Brucellosi									
002.0 Febbre tifoide									
003 Salmonellosi non tif.									
008.0 Diarrea infett.									
034.1 Scarlattina									
055 Morbillo									
072 Parotite epidemica									
033 Pertosse									
056 Rosolia									
052 Varicella									
047.9 Menig. e Encef. acuta virale									
070.1 Epatite A									
070.3 Epatite B									
070.9 Epatite NANB									
070 Epatite vir. non sp.									
482.8 Legionellosi									
036 Meningite mening.									
090 Sfilide									
098 Blenorragia									
021 Tularemia									
085.1 Leishmaniosi cut									
085.0 Leishmaniosi v.									
082 Rickettsiosi									
027.0 Listeriosi									

Quattro copie autocopianti

Da inviare a Regione - ISTAT - Ministero o ISS

Allegato 4

Ministero della Sanità
Mod.15 -Sanità Pubblica
Classe III

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe III☐ **TUBERCOLOSI**

☐ MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ Ust. _____

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐ M ☐ F

Codice SSN |

Professione _____ Cittadinanza _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____ U.S.L. _____ | | |

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 del presente episodio: | | | | | | | | Comune inizio primi sintomi del presente episodio: _____

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

Se TBC, il soggetto era stato vaccinato: ☐ SI ☐ No ☐ Non noto anno | | |

SEZIONE B

Agente eziologico: _____

DIAGNOSI BASATA SU:

Clinica

Esame diretto	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non effettuato
Esame colturale	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non effettuato
Intradermoreazione	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non effettuato
Esame radiografico	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Non effettuato

Altro, spec. _____

SEDE ANATOMICA:

☐ Polmonare
☐ Extrapolmonare, spec. _____

Data di notifica

gg	mm	aa
----	----	----

 Sanitario che ha compilato la notifica _____
Recapito _____ Tel. _____

Colore 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) gg mm aa se l'epidemia ci è esaurita, indicare la durata (3) giorni

N° di casi (4)

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

Data di notifica gg mm aa 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