

MINISTERO DELLA SALUTE – DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE – UFFICIO III MALATTIE INFETTIVE E
PROFILASSI INTERNAZIONALE- OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE

SCHEDA PER LA NOTIFICA DI MORBO DI HANSEN

REGIONE _____	COD _____	PROVINCIA _____	COD _____
COMUNE _____	COD _____	ASL _____	COD _____

Sezione A- Riservata al Centro Territoriale

COGNOME _____	NOME _____ (iniziali)	SESSO ☐ M ☐ F	CONIUGATO ☐ SI ☐ NO
			N° conviventi _____
Nato a _____		il ____/____/____	
CITTADINANZA _____	Se cittadino straniero in Italia dal ____/____/____		
PROFESSIONE _____			
COMUNE DI RESIDENZA _____		PROV. [_____]	
COMUNE DI DOMICILIO ABITUALE (solo se non coincide con la residenza) _____			
COD ASL RES. _____			

Sezione B- Riservata al Centro Territoriale

Permanenza a qualunque titolo in Stati Esteri nei 5 anni precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo _____ Dal ____/____/____ al ____/____/____

Luogo _____ Dal ____/____/____ al ____/____/____

Luogo _____ Dal ____/____/____ al ____/____/____

DATA INIZIO SINTOMI ____/____/____

FONDAMENTI DEL SOSPETTO DIAGNOSTICO

CLINICO []

MICROBIOLOGICO []

ISTOLOGICO []

CENTRO DI RIFERIMENTO PER IL MORBO DI HANSEN AL QUALE VIENE AVVIATO IL PAZIENTE PER LA CONFERMA DIAGNOSTICA

CAGLIARI []

GENOVA []

GIOIA DEL COLLE []

MESSINA []

CAMPIONE BIOLOGICO INVIATO AL LABORATORIO SOVRAREGIONALE DI GENOVA
(specificare se striscio, biopsia cutanea, etc.) _____

Sanitario che ha compilato la notifica _____ data di compilazione ____/____/____

Recapito _____ Tel. _____

Sezione C – Riservata al Centro di Riferimento Nazionale cui viene inviato il paziente

CENTRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE DI _____

DATA RICOVERO ____/____/____

FORMA CLINICA I TT BT BB BL LL

CAMPIONE BIOLOGICO INVIATO AL LABORATORIO SOVRAREGIONALE DI GENOVA
(specificare se striscio, biopsia cutanea, etc.) _____