**MODULO PER LA RACCOLTA DI NOTIFICA/SEGNALAZIONE DI SOSPETTA MALATTIA TRASMESSA DA ALIMENTI**

**Allegato 1**

DATA

**FONTE DELLA NOTIZIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTIFICA MEDICA** | **SEGNALAZIONE DI PRIVATO** |
| Data della notifica | Data e ora della segnalazione |
| Medico notificante | Nome di chi segnala |
| **FORZE DELL’ORDINE** | **PRONTO SOCCORSO** |
| Da parte di | Medico notificante |
| Data e oradella segnalazione | Data e oradella segnalazione |
| **ALTRA AZIENDA USL** |
| AUSL  | Data e ora della segnalazione |
| Medico/infermiere che fa la segnalazione |

**INFORMAZIONI SULLA PERSONA CHE RIFERISCE SULL’EPISODIO**

Nome e cognome 

Indirizzo tel

Altri recapiti

**INFORMAZIONI SULL’EPISODIO**

**Descrizione dell’evento**

**Sospetta esposizione**

****

|  |
| --- |
| **PERSONE COINVOLTE NELL’EPISODIO** |
| Nome e cognome |  | Tel |  |
| Nome e cognome |  |  |  |
| Nome e cognome |  |  |  |
| Nome e cognome |  |  |  |
| Nome e cognome |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scheda compilata da |  | Qualifica |  |
| Data |  | Medico coordinatore |  |
| Consegnata il  |  | a |  |