

Al Servizio Veterinario

AUSL _____

COMUNICAZIONE CASO UMANO AUTOCTONO DI LEISHMANIOSI CUTANEA DI LEISHMANIOSI VISCERALE

NUMERO SCHEDA SMI _____

DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL _____ A _____ PROV. _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

COMUNE DEL DOMICILIO ABITUALE _____

INDIRIZZO DEL DOMICILIO _____

PROFESSIONE _____

SEDE _____

DATA DI INIZIO SINTOMI ____/____/____

LUOGO DI INIZIO SINTOMI _____

IL PAZIENTE POSSIEDE O HA POSSEDUTO NEGLI ULTIMI 12 MESI NO SÌ

SE SÌ, NR. CANI _____

INDIRIZZO DI DETENZIONE DEL/DEI CANE/I: _____

IL/I CANE/I HA/HANNO MAI RICEVUTO UNA DIAGNOSI DI LEISHMANIOSI CANINA NO SÌ

SE SÌ, ANNO DIAGNOSI _____

LUOGO DI PROBABILE ESPOSIZIONE: AUTOCTONO/DOMICILIO AUTOCTONO/EMILIA-ROMAGNA

SE DIVERSO DA "AUTOCTONO/DOMICILIO":

COMUNE _____ PROVINCIA (____)

INDIRIZZO _____

Data di compilazione _____

Operatore Sanitario _____

(timbro e firma)