

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SCABBIA

CASO INDICE:

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____ DATA DIAGNOSI ____/____/____

U.O. _____ STANZA (se paziente) _____ QUALIFICA (se dipendente/lavoratore esterno) _____

CONTATTI AD ALTO RISCHIO NOME E COGNOME	DATA del CONTATTO	U.O.	STANZA (se paziente)	U.O. TRASFERIMENTO e DATA (compilare solo se avvenuto trasferimento durante l'attività assistenziale)	QUALIFICA (se dipendente o esterno)	ESITO SCREENING*	DATA SCREENING*	MISURE DI PREVENZIONE*
						Positivo Negativo		
						Positivo Negativo		
						Positivo Negativo		
						Positivo Negativo		

LEGENDA

Alto rischio: contatti cutanei frequenti e prolungati (15 - 20 minuti) con il caso indice in assenza di DPI adeguati alle precauzioni da contatto.

*compilazione a cura dello Specialista Dermatologo

Firma e Timbro Dirigente Medico U.O. _____

Firma e Timbro Specialista Dermatologo _____

