



**SCHEDA DI DENUNCIA PER LE
INTOSSICAZIONI ACUTE DA ANTIPARASSITARI**

Legge 2 dicembre 1975 n° 638

(da trasmettere allo S.Pre.S.A.L. entro il minor tempo possibile
via Fax: 0923 543045 o via E-mail:spresal@asprapani.it)

Al Referente S.Pre.S.A.L.
ASP Trapani

PROVENIENZA SEGNALAZIONE

Indicare struttura sanitaria pubblica od altro (medico med.gen., medico cont. ass.le, etc.) con indirizzo e recapito telefonico

DATI GENERALI PAZIENTE

Cognome Nome ovvero codice S.T.P.
(in caso di straniero temp. presente)

Sesso: M F età data di nascita

Recapito: Via tel. Comune prov.

Professione o Occupazione:

Se lavoratore: autonomo altro

dipendente : c/o ditta

PRODOTTO/I RESPONSABILE/I DELLA INTOSSICAZIONE

Nome commerciale 1Principio attivo 1

Nome commerciale 2Principio attivo 2

Nome commerciale 3Principio attivo 3

CIRCOSTANZE

Data dell'evento Comune prov.

Tipo di esposizione: accidentale volontaria

Luogo: casa campo aperto serra altro: specificare

Esposizione a prodotti di uso: agricolo domestico/civile

Tempo trascorso tra l'esposizione e il manifestarsi dei primi sintomi

QUADRO CLINICO

Sintomi:

Terapia praticata: Pronto soccorso

(Indicare n° progressivo del registro pronto soccorso)

Ricovero: SI divisione di o trasferimento ad altro ospedale

(specificare)

Ricovero: NO rifiuto paziente: SI NO

Consulenza CAV: SI NO

Se si, quale: { CAV Catania
CAV Palermo
CAV altra Regione specificare:

DATA

.....
(cognome e nome leggibile medico segnalatore)