

(classe V° DMS 15/12/1990)

## NOTIFICA DI MORSICATURA

La presente notifica va inviata immediatamente al Dipartimento di Prevenzione al seguente recapito mail:  
**veterinaria@asufc.sanita.fvg.it**

### DATI RELATIVI AL PAZIENTE:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in: via \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Tipo di lesione:  morso;  graffio/abrasione;  lambitura

### TRATTAMENTO PRATICATO:

- profilassi antirabbica:

sì, con:  siero antirabbico  vaccino antirabbico

no

- profilassi antitetanica:

sì, con:  siero antitetanico  vaccino antitetanico

no, indicare data ultimo richiamo di vaccino antitetanico: \_\_\_\_\_

Ricovero in ambiente ospedaliero:  sì  no

### DATI RELATIVI ALL'EVENTO:

Data evento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Tipo di animale:  cane  gatto  volpe  altro \_\_\_\_\_

Condizione dell'animale:  reperibile e vivo  irreperibile/randagio/non nota  morto

Proprietario dell'animale:  non noto  noto, specificare: \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

### DATI RELATIVI AL MEDICO CHE EFFETTUA LA SEGNALAZIONE:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Struttura Sanitaria \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Timbro e firma

Data di invio della segnalazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_