

**CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI  
SU MALATTIE TRASMISSIBILI**

**NOTA: QUESTO CONSENSO NON È VALIDO PER LE  
INFORMAZIONI RELATIVE A HIV**

COGNOME PAZIENTE	NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO		
STRUTTURA		UNITÀ

**ISTRUZIONI: CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente

Sono stato informato che le malattie trasmissibili devono essere comunicate al Dipartimento della salute dello Stato di New York (New York State Department of Health (NYSDOH)) e/o al dipartimento della salute locale entro 24 ore dalla diagnosi, come stabilito dal Codice sanitario dello Stato di New York (New York State Sanitary Code) (10 NYCRR 2.10). Sono anche stato avvertito che, nel caso in cui mi venga diagnosticata una malattia trasmissibile, la struttura responsabile del mio trattamento non può comunicarlo al Department of Health e/o al dipartimento della salute locale senza il mio consenso scritto.

Pertanto, affinché la struttura responsabile del mio trattamento possa rispettare i requisiti sulla comunicazione delle informazioni sulle malattie trasmissibili, tramite il presente documento autorizzo detta struttura a comunicare al NYSDOH e/o al dipartimento della salute locale che ho contratto una malattia trasmissibile, nel caso in cui mi venga diagnosticata tale malattia.

Le informazioni da divulgare riguardano: il mio nome e indirizzo, la diagnosi, l'identità delle persone a cui potrei aver trasmesso la malattia, la fonte della malattia (se conosciuta) e (specificare) eventuali trattamenti prescritti, oltre a ogni informazione pertinente per le cure mediche in corso.

Sono consapevole di poter in qualsiasi momento ritirare il presente consenso, a meno che non siano già state intraprese azioni sulla base di esso, e che le informazioni fornite in base al presente consenso al NYSDOH e/o al dipartimento della salute locale non possono essere nuovamente divulgate senza una mia autorizzazione scritta supplementare. Sono consapevole che il presente consenso scadrà sei (6) mesi dopo la data della mia dimissione dalla summenzionata struttura. Sono inoltre consapevole che qualsiasi divulgazione è soggetta al Titolo 42 del Codice delle norme federali (Code of Federal Regulations (C.F.R.)) sulla riservatezza dei documenti relativi a pazienti che fanno uso di alcool e droghe, oltre che alla Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA")) 45 C.F.R. Pts. 160 & 164; e che l'ulteriore divulgazione di tali informazioni ad una parte che non sia quella summenzionata è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

(Firma del/la paziente)

Data

**NOTA:** Qualsiasi informazione comunicata tramite il presente modulo sarà accompagnata dal divieto di ulteriore divulgazione di informazioni relative a pazienti che fanno uso di droghe/alcool (TRS -1)

**Dipartimento di salute dello Stato di New York – Requisiti per la comunicazione di malattie trasmissibili**

La segnalazione di malattie trasmissibili sospette o confermate è obbligatoria ai sensi del Codice sanitario dello Stato di New York (New York State Sanitary Code) (10 NYCRR 2.10, 2.14). La responsabilità primaria della comunicazione è di pertinenza del medico; inoltre, anche laboratori (PHL 2102), infermieri scolastici (10 NYCRR 2.12), direttori di centri di assistenza diurni, case di cura/ospedali (10 NYCRR 405.3d) e istituti statali (10 NYCRR 2.10a) o altre strutture che forniscono servizi sanitari (10 NYCRR 2.12) sono tenuti a comunicare le malattie elencate di seguito.

Anaplasmosi	☛ <b>Infezioni alimentari</b>	Influenza,	Psittacosi	Infezione da streptococco
Amebiasi	Giardiasi	confermata da laboratorio	☛ <b>Febbre Q<sup>2</sup></b>	(forma invasiva) <sup>5</sup>
☛ <b>Morsi di animali per i quali è prevista la profilassi antirabbica<sup>1</sup></b>	☛ <b>Morva<sup>2</sup></b>	Legionella	☛ <b>Rabbia<sup>1</sup></b>	Streptococco Gruppo A
☛ <b>Antrace<sup>2</sup></b>	Infezione gonococcica	Listeriosi	Febbre maculosa delle Montagne	beta emolitico
☛ <b>Infezione da arbovirus<sup>3</sup></b>	Haemophilus influenzae <sup>5</sup> (forma invasiva)	Malattia di Lyme	Rocciose	Streptococco Gruppo B
Babesiosi	☛ <b>Infezione da hantavirus</b>	Linfogranuloma venereo	☛ <b>Rosolia</b>	Streptococcus pneumoniae
☛ <b>Botulismo<sup>2</sup></b>	Sindrome emolitico-uremica	Malaria	(inclusa sindrome da rosolia congenita)	☛ <b>Sifilide, specificare lo stadio<sup>7</sup></b>
☛ <b>Bruccellosi<sup>2</sup></b>	Epatite A	☛ <b>Morbillo</b>	Salmonellosi	Tetano
Campilobatteriosi	☛ <b>Epatite A in operatori del settore alimentare</b>	☛ <b>Melioidosi<sup>2</sup></b>	☛ <b>Sindrome respiratoria acuta grave (SARS)</b>	Sindrome da shock tossico
Ulcera venerea	Epatite B (specificare se acuta o cronica)	Meningite	E. coli produttore della tossina di Shiga <sup>4</sup>	Encefalopatie spongiformi trasmissibili <sup>8</sup> (TSE)
Infezione da Chlamydia trachomatis	Epatite C (specificare se acuta o cronica)	Asettica o virale	(STEC)	Trichinosi
☛ <b>Colera</b>	Epatite B in gravidanza	☛ <b>Emofilo</b>	Shigellosi <sup>4</sup>	☛ <b>Tubercolosi malattia in atto (specificare il luogo)</b>
Criptosporidiosi	Infezione da herpes, neonati di età pari o inferiore a 60 giorni	☛ <b>Meningococcemia</b>	☛ <b>Vaiolo<sup>2</sup></b>	☛ <b>Tularemia<sup>2</sup></b>
Ciclosporiasis	Infezioni ospedaliere (secondo la definizione in 2.2 10 NYCRR)	☛ <b>Vaiolo delle scimmie</b>	Stafilococco aureo <sup>6</sup> (dovuto a ceppi che dimostrano ridotta sensibilità o resistenza alla vancomicina)	☛ <b>Tifo</b>
☛ <b>Difterite</b>		Parotite	☛ <b>Avvelenamento da enterotossina b stafilococcica<sup>2</sup></b>	☛ <b>Virus del vaccino<sup>9</sup></b>
Infezione da E. coli O157:H7 <sup>4</sup>		Pertosse		Vibriosi <sup>6</sup>
Ehrlichiosi		☛ <b>Peste<sup>2</sup></b>		☛ <b>Febbre emorragica virale<sup>2</sup></b>
☛ <b>Encefalite</b>		☛ <b>Poliomielite</b>		Yersiniosi

**Note particolari**

- Le malattie elencate in **grassetto** ☛ giustificano un'azione in tempi rapidi e devono essere comunicate **immediatamente** ai dipartimenti di salute locali mediante una telefonata con successiva presentazione del modulo di segnalazione del caso riservato (DOH-389). A NYC utilizzare il modulo di segnalazione del caso PD-16.
- In aggiunta ai casi sopra elencati, è possibile comunicare qualsiasi malattia insolita (definita come malattia emergente o di recente comparsa o una sindrome che possa essere provocata da un agente infettivo trasmissibile o una tossina microbica).
- Epidemie: mentre i casi singoli di alcune malattie (ad esempio, il mal di gola da streptococco, la pediculosi, l'impetigine, la scabbia e la polmonite) non devono essere comunicati, un gruppo di casi o un'epidemia di qualsiasi malattia trasmissibile deve essere oggetto di segnalazione.
- I casi di infezione da HIV, malattie relative a HIV e AIDS sono comunicabili tramite il modulo DOH-4189 che può essere ottenuto contattando:**

Division of Epidemiology, Evaluation and Research  
P.O. Box 2073, ESP Station Albany, NY 12220-2073 (518) 474-4284

A NYC: New York City Department of Health and Mental Hygiene  
Per la segnalazione di HIV/AIDS, chiamare: (212) 442-3388

## ISTRUZIONI E NOTE A PIÈ DI PAGINA SUL CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI SU MALATTIE TRASMISSIBILI

### Chi deve segnalare?

Medici, infermieri, direttori di laboratorio, operatori di controllo delle infezioni, strutture sanitarie, istituti statali, scuole.

### A chi deve essere inviata la segnalazione?

Segnalare al dipartimento della salute locale di pertinenza del paziente.

Persona da contattare: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Quando deve essere inviata la segnalazione?

Entro 24 ore dalla diagnosi.

- Segnalare via telefono le malattie in grassetto.
- Inviare via posta il modulo DOH-389 per tutte le altre malattie.
- Nella città di New York utilizzare il modulo PD-16.

### Note a piè di pagina:

1. Il dipartimento della salute locale deve essere informato prima dell'inizio della profilassi antirabbica.
2. Malattie che possono essere indicatrici di bioterrorismo.
3. Inclusive, ma non a titolo esaustivo, infezioni causate da virus dell'encefalite equina dell'Est, virus dell'encefalite equina dell'Ovest, virus del Nilo occidentale, virus dell'encefalite di Saint-Louis, virus di La Crosse, virus Powassan, virus del Jamestown Canyon, febbre dengue e febbre gialla.
4. I risultati positivi al test della tossina di Shiga devono essere comunicati come presunzione di prova della malattia.
5. Comunicare soltanto i casi con colture positive da prelievo ematico, CSF, liquido articolare, peritoneale o sinoviale. Non comunicare i casi con colture positive provenienti da cute, saliva, espettorato o gola.
6. Proposta di aggiunta all'elenco.
7. Qualsiasi test non treponemico  $\geq 1:16$  o qualsiasi test positivo prenatale o al momento del parto, indipendentemente dal titolo, o qualsiasi malattia allo stadio primario o secondario, vanno comunicati via telefono; tutti gli altri possono essere comunicati via posta.
8. Inclusa la malattia di Creutzfeldt-Jakob. I casi devono essere comunicati direttamente al Registro del morbo di Alzheimer e altre demenze del Dipartimento della salute dello Stato di New York (New York State Department of Health Alzheimer's Disease and Other Dementias Registry) al numero (518) 473-7817 in caso di sospetto della malattia. A NYC, i casi devono essere comunicati anche al Dipartimento della salute e dell'igiene mentale della città di New York (NYC Department of Health & Mental Hygiene, NYCDOHMH).
9. Le persone con infezione da virus del vaccino contratta per trasmissione e le persone con le seguenti complicazioni a seguito di vaccinazione: eczema da vaccino, eritema multiforme maggiore, o sindrome di Stevens-Johnson, virus del vaccino fetale, virus del vaccino generalizzato, inoculazione involontaria, virus del vaccino oculare, encefalite post-vaccino o encefalomielite, virus del vaccino progressivo, infezione da piogeni del luogo di infezione, e qualsiasi altro evento indesiderato grave.

### Informazioni aggiuntive

Per ulteriori informazioni sulla comunicazione delle malattie, contattare il proprio dipartimento della salute locale o il:

New York State Department of Health

Ufficio malattie trasmissibili (Bureau of Communicable Disease Control) al numero: (518) 473-4439 o (866) 881-2809 fuori dagli orari d'ufficio.

Nella città di New York, 1-866-NYC-DOH1.

Per richiedere i moduli di comunicazione (DOH-389), chiamare il numero (518) 474-0548.