



SISTEMA SANITARIO NAZIONALE  
ASL ROMA 2

# **Procedura invio Notifiche Malattie Infettive ASL Roma 2**



## Accesso alla procedura

Selezionare la vostra categoria

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) TITOLARE

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) SOSTITUTO O ALTRO

MEDICO OSPEDALIERO STRUTTURE CONVEZIONATE PRIVATE

MEDICO OSPEDALIERO ASL ROMA 2

NOTIFICA DA DIREZIONE SANITARIA

AUT. NOTIFICA DA DIR. SANITARIA (VAI ALLA PAGINA DI LOGIN)

assistenza@edinext.it

**Pagina di accesso degli operatori abilitati ad inviare la notifica delle malattie infettive**

<https://notificami-aslroma2.clicprevenzione.it/>



## Accesso alla procedura

Selezionare la vostra categoria

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) TITOLARE

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) SOSTITUTO O ALTRO

MEDICO OSPEDALIERO STRUTTURE CONVENZIONATE PRIVATE

MEDICO OSPEDALIERO ASL ROMA 2

NOTIFICA DA DIREZIONE SANITARIA

AUT. NOTIFICA DA DIR. SANITARIA (VAI ALLA PAGINA DI LOGIN)

**Hai selezionato MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) TITOLARE**

Prima di procedere, si prega di effettuare l'autenticazione inserendo il vostro nome utente e password. Nel caso li abbiate dimenticati, si prega di premere il pulsante recupero password, ed eseguire la procedura di recupero.

Inserisci il tuo nome utente \*

remigio.ottembrino

Inserisci la password \*

●●●●●●●●

Accedi

Recupero Password

**Accesso alla  
procedura attraverso  
le credenziali di  
dominio ASL Roma 2  
(vai a pag. 8)**



## Accesso alla procedura

Selezionare la vostra categoria

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) TITOLARE

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) SOSTITUTO O ALTRO

MEDICO OSPEDALIERO STRUTTURE CONVEZIONATE PRIVATE

MEDICO OSPEDALIERO ASL ROMA2

NOTIFICA DA DIREZIONE SANITARIA

AUT. NOTIFICA DA DIR. SANITARIA (VAI ALLA PAGINA DI LOGIN)

### Hai selezionato MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) SOSTITUTO O ALTRO MEDICO

Prima di procedere, si prega di inserire i dati richiesti e di effettuare l'autenticazione inserendo un vostro indirizzo email. Una email contenente un link, verrà inviata all'indirizzo indirizzo specificato. Cliccate sul link per validare il vostro indirizzo email e procedere con la compilazione.

Inserisci numero di iscrizione all'ordine \*

01223334444

Inserisci la provincia \*

ROMA

Inserisci il numero di telefono \*

06 5100 8571

Inserisci l'email \*

ASSISTENZA@CLICPREVENZIONE.IT

Verifica email per accedere

assistenza@edinext.it

**Accesso alla  
procedura tramite  
verifica email  
entrando nella  
casella di posta  
della email indicata  
(vai a pag. 6)**



## Accesso alla procedura

Selezionare la vostra categoria

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) TITOLARE

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG/PLS) SOSTITUTO O ALTRO

MEDICO OSPEDALIERO STRUTTURE CONVENZIONATE PRIVATE

MEDICO OSPEDALIERO ASL ROMA2

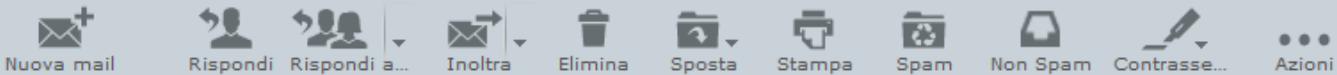
NOTIFICA DA DIREZIONE SANITARIA

AUT. NOTIFICA DA DIR. SANITARIA (VAI ALLA PAGINA DI LOGIN)

assistenza@edinext.it

**Notifica da parte della Direzione Sanitaria  
(vai a pag. 3)**

**Autorizzazione Notifica da  
parte della Direzione Sanitaria  
(vai a pag. 13)**



## Servizio per la notifica delle malattie infettive

Messaggio 1 di 77



Mittente **noreply@cliciprevenzione.it**  
Destinatario **assistenza@cliciprevenzione.it**  
Data **Oggi 11:14**



Notifica Malattie Infettive



### Servizio per la notifica delle malattie infettive

Fare click sul seguente link per abilitare l'invio della notifica <http://nmia.cliciprevenzione.it/t/v/00c26540325245eb90123d1fabe891f5a4f5136565547f0db5c75d391a62b8c2>

Se non avete richiesto voi l'invio di questa email si prega di ignorarla.

**Cliccare sul link della mail  
ricevuta per la verifica**

## Conferma attivazione link per invio notifica malattie infettive

Il token è stato attivato con successo. Tornare alla pagina di verifica per accedere.

**Conferma email  
avvenuta con successo  
(vai a pag. seguente)**

**Compilazione della  
notifica secondo modello  
MIBASE (tutti i campi '\*'  
sono obbligatori)**

Completare il modulo inserendo i dati richiesti



Tutti i campi contrassegnati con "\*" sono obbligatori e devono essere compilati per abilitare l'invio. Al completamento premere il pulsante Invia per inviare.

**Inserire la malattia infettiva per cui si vuole compilare la notifica**

Malattia infettiva \*

Criterio/i diagnostico/i

Febbre gialla

CLINICO, DIRETTO

Scheda di notifica per caso di Febbre gialla [\[Preleva modello\]](#)

**Completare la form seguente  
scaricando il modulo  
cartaceo da compilare**

Regione

LAZIO

Provincia di

ROMA

Comune di

ROMA

ASL

ASL ROMA 2

**Dati identificativi del soggetto**

Cognome \*

ROSSI

Nome \*

MARIO

Sexo \*

Maschile

Codice Fiscale

Data di nascita

Nazionalità

Professione

Titolo di studio

Comune di residenza \*

ROMA

Municipio

CAP \*

00100

Provincia di residenza \*

ROMA

Telefono \*

06 5100 6567

Stato civile \*

Sposato/a

Indirizzo di residenza \*

VIA APPIA NUOVA

Comunità frequentata

Data di inizio sintomi

Vaccinato in precedenza

Ricoverato presso

Reparto

Data di ricovero

Fattori di rischio, condizioni



SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe I

Regione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ USL \_\_\_\_\_

Caso di \_\_\_\_\_  
Indicare per caso il nome della malattia

Barriera le caselle corrispondenti:

ICD-9	ICD-9	ICD-9	ICD-9
<input type="checkbox"/> 001 Colera	<input type="checkbox"/> 045 Poliomielite	<input type="checkbox"/> 005 Botulismo	<input type="checkbox"/> 087 Febbre ricorrente epidemica
<input type="checkbox"/> 080 Febbre gialla	<input type="checkbox"/> 032 Difterite	<input type="checkbox"/> 071 Patibola	<input type="checkbox"/> 090 Tifo esantematico
<input type="checkbox"/> 025 Psittacosi	<input type="checkbox"/> 487 Influenza con isolamento virale	<input type="checkbox"/> 078 Febbre emorragica virale	<input type="checkbox"/> 037 Tetano
<input type="checkbox"/> 124 Tricinellosi			

**SEZIONE A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Codice SSN \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) USL \_\_\_\_\_

Domicilio abituale \_\_\_\_\_

Età (compilata all'insorgere della malattia): < 1 anno Da 00 a 11 mesi  > 1 anno Da 1 a 99 anni  > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi:  gg  mm  aa Comune inizio primi sintomi \_\_\_\_\_

Ricevuto in luogo di cura  Sì  No Se esistente vaccino nei confronti della malattia infettiva:  
 Non vaccinato  Non noto  Vaccinato

Dove?  Data ultima dose  gg  mm  aa luogo \_\_\_\_\_ tipo di vaccino \_\_\_\_\_

**SEZIONE B**

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo \_\_\_\_\_ dal  gg  mm  aa al  gg  mm  aa

Luogo \_\_\_\_\_ dal  gg  mm  aa al  gg  mm  aa

Luogo \_\_\_\_\_ dal  gg  mm  aa al  gg  mm  aa

Ricerca diagnostica eseguita o in corso:

Tipo ricerca \_\_\_\_\_ Data esame  gg  mm  aa

Luogo \_\_\_\_\_ Risultati \_\_\_\_\_

Tipo ricerca \_\_\_\_\_ Data esame  gg  mm  aa

Luogo \_\_\_\_\_ Risultati \_\_\_\_\_

Data di notifica  gg  mm  aa Luogo di compilazione \_\_\_\_\_

Sottile che ha compilato la notifica \_\_\_\_\_

Ricepito \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Riempire il modulo cartaceo e scannerizzarlo digitalmente

Comune di residenza \* ROMA      Municipio      CAP \* 00100      Provincia di residenza \* ROMA      Telefono \* 06 5100 6567

Stato civile \* Sposato/a      Indirizzo di residenza \* VIA APPIA NUOVA

Comunità frequentata

Data di inizio sintomi      Vaccinato in precedenza

Ricoverato presso      Reparto      Data di ricovero

Fattori di rischio, condizioni

**Allegati**



Trascina l'allegato nel riquadro

oppure

Scegli dal disco

Allegato: C\_17\_pagineAree\_902\_listaFile\_itemName\_3\_file.pdf, dimensioni 100.24 KB

Rimuovi

**Dati identificativi del dichiarante**

Struttura di appartenenza ASL ROMA 2      Medico notificante \* REMIGIO OTTEMBRINO      Recapito PRESSO ASL ROMA 2

Telefono \* +3900000000000      Indirizzo e-mail \* REMIGIO.OTTEMBRINO@EDINEXT.IT

Invia

**Caricare il file scannerizzato per poter sbloccare il pulsante di invio modulo**

**Cliccare su Invia per concludere l'operazione di notifica**

Regione LAZIO Provincia di ROMA Comune di ROMA ASL ASL ROMA 2

### Dati identificativi del soggetto

Cognome \* SPRO Nome \* CLAUDIO Sesso \* Maschile Codice Fiscale \*

Data di nascita \* Nazionalità \* Professione \* Titolo di studio \*

Comune di residenza \* LECCE Municipio \* CAP \* 73100 Provincia di residenza \* LECCE Telefono \* 0832242649

Dato civile \* Celibe/Nubile Sesso di residenza \* VIA ENZO SOZZO

Comuni \*

Data \*

Riconoscenza \*

Fattori di rischio, condizioni \*

### Allegati

Non hai ancora allegato alcun documento. E' necessario allegare almeno un documento.

### Dati identificativi del dichiarante

Struttura di appartenenza ASL ROMA 2 Medico coordinatore \* REMIGIO OTTEMBRINO Rapporto \* PRESSO ASL ROMA 2

Telefono \* +390000000000 Indirizzo e-mail \* REMIGIO.OTTEMBRINO@EDINEXT.IT

**UPLOAD DEGLI ALLEGATI**

L'upload degli allegati è terminato. Per effettuare una nuova notifica premere continua, altrimenti è possibile chiudere la pagina.

[Continua](#)

**Premere su Continua per tornare alla Homepage**

## Fwd: Servizio per la notifica delle malattie infettive - modello MIBASE

Messaggio 3 di 75



Mittente **Remigio Ottembrino**   
 Destinatario **Claudio Spro**   
 Data **Oggi 11:12**



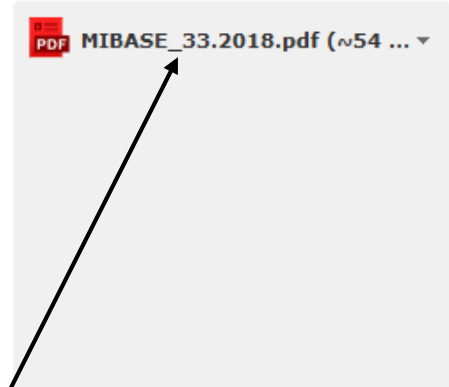
----- Forwarded message -----

From: <[noreply@cliciprevenzione.it](mailto:noreply@cliciprevenzione.it)>  
 Date: lun 17 dic 2018 alle ore 11:12  
 Subject: Servizio per la notifica delle malattie infettive - modello MIBASE  
 To: <[REMIGIO.OTTEMBRINO@edinext.it](mailto:REMIGIO.OTTEMBRINO@edinext.it)>  
 Cc: <[remigio.ottembrino@edinext.it](mailto:remigio.ottembrino@edinext.it)>



### Servizio per la notifica delle malattie infettive - modello MIBASE

A seguito della vostra richiesta di notifica malattia infettiva n. 33.2018 del. 17 December 2018 si allega il modello MIBASE. Per eventuali problemi o segnalazioni relativi alla procedura si prega di inviare una email a [support@edinext.it](mailto:support@edinext.it).



**Ricezione della mail di conferma dell'invio della notifica di malattia infettiva con in allegato il modello MIBASE compilato**

## Accedi all'area operatore

Inserisci il tuo username \*

remigio.ottesbrino

Inserisci password \*

●●●●●●●●●●

Accedi

Edinext (C) 2017 - assistenza@edinext.it

**Login per l'accesso  
all'Autorizzazione Notifica**

### Autorizzazione Notifica

Filtra per

Codice notifica  Nome, cognome   Data di inoltro (dal)  Data di inoltro (al)  

**Visualizzazione elenco delle notifiche da autorizzare**

Codice Notifica	Data di Inoltro	Malattia / Classe	Inoltrata da	Dati Paziente	Azioni
-----------------	-----------------	-------------------	--------------	---------------	--------

Notifiche per pagina  0 of 0 < >

**Concludere le azioni di autorizzazione delle notifiche uscire con l'apposito pulsante**