



Si prega di rispedire completato
entro 7 giorni al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Tularemia

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: ___/___/___ sesso: f m

NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____

nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: ulceroglandolare glandolare oculoglandolare orofaringeale addominale polmonare tifoideale

inizio delle manifestazioni data: ___/___/___ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: sospetto clinico esposizione scoperta fortuita altro: _____

prelievo: data: ___/___/___ materiale: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: ___/___/___ no non noto

stato: deceduto, data: ___/___/___

Esposizione

durante ≤14 giorni (soprattutto 3-5) prima dell'inizio della malattia

dove: CH, luogo: _____ estero, paese: _____ non noto

quando: data dell'esposizione: ___/___/___ o data dell'entrata in CH: ___/___/___ non noto

come: contatto con animali selvatici, in particolare roditori (incl. consumo dei loro prodotti) quale/dove: _____ no non noto

consumo di acqua di sorgente non controllata (fontana, ruscello) sì CH, dove: _____ no non noto

puntura di zecca no non noto

puntura di insetti no non noto

inalazione di polvere/aerosol (agricoltura, giardino) sì CH, dove: _____ no non noto

persone esposte: sì, quali: _____ quante: _____ nessuna non noto

attività professionale: _____

Osservazioni

Medico

nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): _____

data: ___/___/___ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: ___/___/___ firma: _____

^a i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>