



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

Virus del Nilo occidentale Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

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

NAP/luogo di residenza: _____ cantone: _____ paese di residenza, se non CH: _____

nazionalità: CH altro: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: febbre o febbre secondo anamnesi meningite encefalite
 altre: _____ nessuna

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

laboratorio: nome/tel.: _____

motivi: sospetto clinico esposizione scoperta fortuita altri: _____

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

sieroconversione documentata: sì no

Evoluzione

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

stato: deceduto: data: ___/___/____

Stato vaccinale o malattie precedenti

	malattia precedente?	vaccinato?		
febbre gialla:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
FSME:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
encefalite giapponese:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
epatite C:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____			
febbre dengue:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____			

Esposizione tempo d'incubazione dai 2 ai 14 giorni

dove: la persona ha soggiornato all'estero durante le 14 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni? sì no non noto

se sì, paese: _____ non noto

quando: data dell'esposizione: ___/___/____ non noto

come: puntura di zanzara
 contatto con volatili
 trasfusione di sangue/trapianto, data della trasfusione/trapianto: ___/___/____
istituto (nome/indirizzo): _____
 altro: _____
 non noto

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

Osservazioni

data: ___/___/____ firma: _____

Medico cantonale

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

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