



# Aids, pagina 1

## Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedito completato entro 7 giorni al medico cantonale (non direttamente all'UFSP).<sup>a</sup>

**Paziente** (se contemporaneamente una prima diagnosi HIV<sup>b</sup> e effettuata: indicare su questa parte solo il sesso e la data di nascita)

Codice formato in base al nome<sup>c</sup>: \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ genere:  f  m  trans (MtF)<sup>d</sup>  trans (FtM)<sup>d</sup>  VSS<sup>d</sup>

NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

Nazionalità:  CH  altra: \_\_\_\_\_

Gravidanza?  sì  no

In caso di decesso: data del decesso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il paziente partecipa allo studio della coorte HIV (SHCS)?  sì  no  non noto  previsto

### Diagnostica e manifestazione

#### Dati del laboratorio

Individuazione del virus VIH: da quando era nota l'infezione HIV (mese/anno)? \_\_\_\_/\_\_\_\_

Ultimo titolo di CD4 prima della o alla diagnosi di Aids: \_\_\_\_\_ / mm<sup>3</sup> data del prelievo di campione (mese/anno): \_\_\_\_/\_\_\_\_

Viremia (copie di RNA virale) prima della o alla diagnosi di Aids: \_\_\_\_\_ / ml data del prelievo di campione (mese/anno): \_\_\_\_/\_\_\_\_

Resistenza ai farmaci antiretrovirali: è stato effettuato un test?  sì  no  non noto

Se sì, sono state evidenziate delle resistenze decisive per la scelta terapeutica?  sì  no  non noto

#### Dati sulle manifestazioni

Malattie rivelatrici dell'Aids <sup>e</sup>	Diagnosi <sup>f</sup> def.	pres.	Data (mese/anno)	Malattie rivelatrici dell'Aids <sup>e</sup>	Diagnosi <sup>f</sup> def.	pres.	Data (mese/anno)
Polmonite batterica recidivante (solo se ≥13 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	<i>Mycobacterium avium</i> complex o <i>M. kansasii</i> disseminato (local. diverse da polmoni e pelle)	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____
Candidiasi polmonare	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	<i>M. tuberculosis</i> , extrapolmonare	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____
Candidiasi esofagea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	<i>M. tuberculosis</i> , polmonare (solo se ≥13 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____
Encefalopatia da HIV	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Micobatteriosi disseminata (altre specie o specie non identificate), local. div. da polmoni e pelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____
Sindrome cachettica da HIV (Wasting Syndrome)	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Polmonite da <i>Pneumocystis jirovecii</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____
<i>Herpes simplex</i> : Ulcerazione cronica (>1 mese) o polmonite esofagite	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Leucoencefalopatia multifocale progressiva	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____
Istoplasmosi extrapolmonare	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Setticemia recidivante da salmonelle non tifoide	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____
Isosporiasi, diarrea (>1 mese)	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Toxoplasmosi cerebrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____
Sarcoma di Kaposi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	Carcinoma cervicale invasivo	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____
Coccidioomicosi extrapolmonare	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Citomegalia (localizzazione diverse da fegato, milza o nodi linfatici)	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____
Criptococchi extrapolmonare	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Retinite citomegalia con perdita dell'acuità visiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____
Criptosporidiosi, diarrea (>1 mese)	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____				
Linfoma di Burkitt (o designazione analoga)	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	<b>Inoltre per i bambini d'età inferiore ai 13 anni:</b>			
Linfoma immunoblastico (o designazione analoga)	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Infezioni batteriche, multiple o recidivanti	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____
Linfoma primario del SNC	<input type="checkbox"/>	n.a.	____/____	Polmonite interstiziale linfoide oppure iperplasia linfoide polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____

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

<sup>b</sup> completare anche la dichiarazione HIV, se caso sconosciuto fino ad oggi.

<sup>c</sup> prima lettera e numero di lettere; se più di 9: lunghezza=0; in presenza di un doppio nome separato da un trattino o composto di due parole: indicare solo l'iniziale del primo; esempi: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0

<sup>d</sup> MTE= sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario. VSS= variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).

<sup>e</sup> criteri di diagnosi su [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting) o [epi@bag.admin.ch](mailto:epi@bag.admin.ch)

<sup>f</sup> def. / pres. = definitiva / presunta n.a. = non applicabile



## Aids, pagina 2

### Dichiarazione sui risultati clinici

#### Evoluzione

Il paziente era sottoposto a terapia antiretrovirale

**Prima** della diagnosi di Aids  sì, data dell' inizio della terapia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  no  non noto

**Al momento** della diagnosi di Aids  sì, data dell' inizio della terapia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

no, per quale ragione? \_\_\_\_\_

non noto

**Durante i 6 mesi precedenti la diagnosi di Aids**, il paziente riceveva profilassi contro infezioni opportunistiche?  sì  no  non noto

#### Esposizione (modo di contagio più probabile dal punto di vista del medico, contrassegnare solo una casella)

- come:
- contatto sessuale con:  f  m  trans (MtF)<sup>d</sup>  trans (FtM)<sup>d</sup>  VSS<sup>d</sup>
  - consumo di droga per via parenterale
  - perinatale
  - altro modo di trasmissione: \_\_\_\_\_
  - non identificabile

**Medico** nome, indirizzo, tel., fax (o timbro)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: \_\_\_\_\_

#### Medico cantonale

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

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

<sup>d</sup> MtE= sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario. VSS= variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).