



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

Brucellosi

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

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

NAP/luogo di residenza: _____ cantone: _____

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

Diagnostica e manifestazione (per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati)

manifestazioni: febbre sudorazione (specialmente notturna)
 brividi artralgia
 cefalea stanchezza generale, debolezza
 depressione perdita di appetito o di peso
 altro: _____ nessuna non noto

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 ≤ 60 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione ca. 5 - 60 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ non noto

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

come: tramite alimenti/bevande (dettagli): _____

contatto con animale infetto: _____

altro: _____ non noto

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>