



Colera

Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedire completato
entro 24 ore al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Paziente

Cognome/nome: _____ data di nascita ___/___/___ sesso: f m

via: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____

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

Diagnostica e manifestazione

diagnosi colera con disidratazione altro: _____

inizio della manifestazione data: ___/___/___

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: ___/___/___

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione anamnesi

vaccinato contro il colera: sì, con ___ dosi in totale no non noto

ultima dose nell'anno/mese _____ tipo di vaccino (marca): _____

Esposizione

≤7 giorni prima dell'inizio della manifestazione (periodo d'incubazione 1/2-5 giorni)

dove: paese: _____ luogo: _____ non noto

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

come: alimenti/bevande (dettagli): _____ altro: _____ non noto

persone esposte: sì, quali: _____ quante: _____ no 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>