



Chikungunya

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

manifestazioni: febbre o febbre secondo anamnesi artralgia mialgia esantema segni emorragici
 mal di testa altro: _____ nessuno

inizio delle manifestazioni: data: __/__/____

laboratorio: nome/tel.: _____
motivo: sospetto clinico esposizione altro: _____
prelievo: data: __/__/____ materiale: _____
sieroconversione documentata: sì no

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: __/__/____ no non noto
stato: deceduto, data: __/__/____

Esposizione periodo d'incubazione: 3 – 12 giorni

dove: la persona ha soggiornato all'estero durante i 12 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni? sì no non noto

se **sì**, paese(i) visitato(i), nell'ordine decrescente di probabilità dell'infezione:

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

se **no**, dove si è infettata il più probabilmente la persona?

luogo: _____ non noto

quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: __/__/____ data dell'entrata in CH: __/__/____ non nota

Osservazioni

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

data: __/__/____ firma: _____

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

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

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