



# Malattia da virus Ebola

Dichiarazione sui risultati clinici  
in complemento alla dichiarazione telefonica  
che deve essere fatta entro 2 ore

Si prega di completare e  
rispedire a giro di posta all'UFSP  
e al medico cantonale.<sup>a</sup>  
Fax UFSP: +41 58 463 87 77

## 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 acuta  $\geq 38,5$  °C: \_\_\_ °C  segni di emorragia

altri sintomi: \_\_\_\_\_  nessun

inizio delle  
manifestazioni: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

laboratorio: motivo:  sospetto clinico  esposizione  altro: \_\_\_\_\_

laboratorio di referenza CRIVE a Ginevra (<http://virologie.hug-ge.ch>)

altro laboratorio, nome/tel: \_\_\_\_\_

laboratorio informato prima

prelievo: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_  nessun laboratorio

vaccinazione sperimentale  
contro l'Ebola:  sì, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ quali: \_\_\_\_\_  no  non noto

## Evoluzione

ospedalizzazione:  sì, data del ricovero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ospedale (nome,  
divisione, n. tel.): \_\_\_\_\_  no

stato:  decesso, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Esposizione

nei 21 giorni prima dell'inizio della malattia

dove: soggiorno in zona endemica?  sì  no

se sì:  estero paese: \_\_\_\_\_ luoghi: \_\_\_\_\_  non noto

quando: data dell'ultima partenza per l'estero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data del ritorno in CH: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

se no:  CH luogo, regione: \_\_\_\_\_  non noto

come:  in famiglia  come personale medico o sanitario  altri contatti: \_\_\_\_\_  non noto

quando: dal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

viaggi dopo l'inizio delle manifestazioni:  sì  no  non noto

se sì: viaggi in aereo?  sì  no data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

## Misure

paziente isolato:  sì  no inizio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

persone di contatto identificate:  sì  no se sì, quantità: \_\_\_\_\_  ricerca non ancora cominciata

se sì: informati:  sì  no

in quarantena:  sì  no

altre misure: \_\_\_\_\_

## Medico

nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): \_\_\_\_\_

## Osservazioni

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

## Medico cantonale

altre misure:  no  sì \_\_\_\_\_

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_