



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

Aumento delle osservazioni*

Aumento di:

Malattia gastrointestinale

sospetto di *Campylobacter* *Salmonella* Norovirus Rotavirus

altro: _____

Infezioni trasmesse attraverso gli alimenti (via di trasmissione principale)

sospetto di *E. coli* enteroemorragico *Listeria* Epatite A

altro: _____

Infezione respiratoria

sospetto di Pertosse Legionellosi Orecchioni / Parotite

altro: _____

Altre osservazioni: _____

Inizio dei sintomi della prima persona affetta dalla malattia: ___/___/___

Sintomi principali: _____

Luogo di esposizione presunto:

manifestazione hotel ristorante ospedale ospizio
 mezzo di trasporto scuola asilo asilo nido caserna

altro: _____

Indirizzo: _____

Fonte d'infezione presunta/trasmissione:

Numero di persone colpite: _____ di età tra i _____ e i _____ anni

Numero di persone ospedalizzate: _____ Numero di decessi: _____

Laboratorio effettuato: no sì (indirizzo): _____

Numero di persone campionate: _____

confermato in laboratorio

agente, tipo: _____

Osservazioni

Medico _____ nome, indirizzo, tel., fax., e-mail (tali dati sono necessari per permettere alle autorità sanitarie di prendere contatto in breve tempo)

data: ___/___/___ firma: _____

in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: _____

Medico cantonale

provvedimenti: no sì: _____ data: ___/___/___ firma: _____

* caso di malattia o di decesso (che sono in ogni caso soggetti a dichiarazione obbligatoria o no entro 24 ore) che (1) superano l'ampiezza presunta per il periodo interessato, risp. il luogo e (2) delle misure potrebbero essere prese per la protezione della sanità pubblica probabilmente dovuti a una malattia trasmissibile e (3) delle misure potrebbero essere prese per la protezione della sanità pubblica.

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