



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

Epatite A

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m
via, n°: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____
nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

data della diagnosi: __/__/____
manifestazioni: ittero transaminasi $\geq 2.5x \uparrow$ febbre altro: _____ nessuna non noto
inizio delle manifestazioni: data: __/__/____ non noto
laboratorio: nome / tel.: _____
motivo: sospetto clinico esposizione altro: _____ non noto

Evoluzione

ospedalizzazione: sì no non noto se sì, motivo: epatite A altro
complicazioni: sì, quali: _____ nessuna
stato: deceduto, data: __/__/____ causa: epatite A altro non noto

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

vaccinato contro l'epatite A: sì, numero dosi: _____ no non noto
vaccino (nome commerciale), prima dose: _____ data: __/__/____
vaccino (nome commerciale), ultima dose: _____ data: __/__/____

Esposizione

nei due mesi prima dell'inizio delle manifestazioni (periodo d'incubazione 15-50 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto
quando: data dell'esposizione: __/__/____ O data dell'entrata in CH: __/__/____ non noto
come: alimenti o bevande: _____
 contatto con persona infetta: in famiglia al posto di lavoro/scuola: _____
 altro: _____
 contatto sessuale con persona infetta: donna uomo
 droghe iniettabili
 altro: _____ non noto
persone esposte: sì no non noto se sì, quali: lavoro nel settore alimentare famiglia
 asilo infantile altro: _____

attività professionale: _____

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

data: __/__/____ firma: _____

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

Medico cantonale

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

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