



Infezione HIV

Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedire completato entro 7 giorni al medico cantonale (non direttamente all'UFSP).^a

Da completare dal laboratorio dichiarante

Data della conferma positiva^b: ___/___/___
 Ceppo: HIV-1 HIV-2
 Conferma per incarico del: medico curante laboratorio di screening
 Indicazione della presenza di un' **infezione recente**? sì no incerto nessun test Recency effettuato
 Caso ID interno al laboratorio: _____

nome, indirizzo o timbro del laboratorio:

osservazioni: _____

Laboratorio

Viremia (copie di RNA virale): _____ / ml data del prelievo di campione: ___/___/___
 Titolo di CD4: _____ / mm³ data del prelievo di campione: ___/___/___
 Resistenze ai farmaci antiretrovirali: è stato effettuato un test? sì no non noto
 Motivo: sospetto clinico esposizione checkup individuale^d screening^d altro: _____
 gravidanza? sì no

Paziente

Codice formato in base al nome^e: _____ data di nascita: ___/___/___ genere: f m trans (MtF)^f trans (FtM)^f VSS^f
 NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ paese di residenza, se non CH: _____
 Nazionalità: CH altra: _____
 Il paziente partecipa allo studio della coorte HIV (SHCS)? sì no non noto è previsto

Diagnostica e manifestazione

Il paziente ha presentato segni clinici di una **infezione acuta HIV** (malattia di sierconversione)? sì, data dell'inizio dei sintomi: ___/___/___ no
 Il paziente ha avvertito sintomi che indicano la presenza di un'**infezione da HIV a uno stadio avanzato**? sì, stadio: CDC B CDC C no

se sono riempiti i criteri di almeno una delle **malattie indicative di AIDS** (stadio CDC C): si prega di compilare anche la dichiarazione di AIDS!

Evoluzione

Anamnesi: un precedente test HIV è già risultato **positivo**? sì, **la prima volta**: ___/___/___ no non noto
 un precedente test HIV è già risultato **negativo**? sì, **l'ultima volta**: ___/___/___ no non noto
 Terapia: il paziente era sottoposto a terapia antiretrovirale? sì, data dell' inizio della terapia: ___/___/___ no inizio previsto della terapia

Esposizione (modo di contagio più probabile dal punto di vista del medico contrassegnare solo una casella)

dove: CH, luogo: _____ straniero, paese: _____ non noto
 quando: presunta data dell'infezione: ___/___/___
 tra persone con nazionalità altra che CH^g, data d'entrata in Svizzera: ___/___/___
 come: contatto sessuale con: f m trans (MtF)^f trans (FtM)^f VSS^f
 consumo di droga per via parenterale (IDU)
 perinatale
 altro modo di trasmissione: _____
 non identificabile
 nel caso di trasmissione sessuale, modo di legame: partner anonimo partner conosciuto partner pagato non identificabile

Misure (raccomandate per persone contaminate)

i partner sessuali sono stati informati sulla diagnosi di HIV? sì no non noto

Medico nome, indirizzo, tel., fax:

se il/la paziente è trasferita altrove, indicare per favore:

Data: ___/___/___ firma: _____

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

Medico cantonale

Data: ___/___/___ firma: _____

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

^b laboratori autorizzati: elenco su www.bag.admin.ch/infreporting o epi@bag.admin.ch

^c test individuali, p.es. MSM, persone >45 anni nel contesto di un checkup per la salute, ecc.

^d esami di prevenzione o esami di gruppo per donne incinte, reclute, donatori di sangue oppure partecipanti ad uno studio

^e prima lettera e numero di lettere; se più di 9: lunghezza=0; in presenza di un doppio nome separato da un trattino o composto di due parole:

indicare solo l'iniziale del primo; esempi: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0

^f MIE = sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario. VSS= variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).

^g e che sia chiaro che si tratta di lavoratori NON frontaliesi, turisti o viaggiatori d'affari (o di medicina)