



# Legionellosi

## Dichiarazione sui risultati clinici

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

### 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

diagnosi: polmonite da Legionella:  sì  no, altro: \_\_\_\_\_

fattori di rischio:  abuso di tabacco  immunosoppressione  carcinoma/emopatia  diabete  
 altro: \_\_\_\_\_  nessuno  non noto

inizio della manifestazione: data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non noto

test rapido: antigene urinario:  positivo  negativo

laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_

prelievo: data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_

### Evoluzione

ospedalizzazione:  sì, data del ricovero: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  no  non noto

stato:  deceduto, data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Esposizione** segnare i luoghi nei quali il paziente si è trattenuto o le installazioni alle quali si è esposto nei **14 giorni** precedenti l'apparizione della malattia. Completare quindi la tabella aggiungendo il numero corrispondente (indicato tra parentesi).

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> posto di lavoro (n° 1)                   | <input type="checkbox"/> casa di riposo (n° 6)            | <input type="checkbox"/> impianto di condizionamento (n° 15)                                    |
| <input type="checkbox"/> albergo <sup>b</sup> (n° 2)              | <input type="checkbox"/> bagno (n° 9)                     | <input type="checkbox"/> impianto di autolavaggio (n° 16)                                       |
| <input type="checkbox"/> camping <sup>b</sup> (n° 3)              | <input type="checkbox"/> dentista (n° 10)                 | <input type="checkbox"/> sistemi d'irrigazione/nebulizzatori (n° 17)                            |
| <input type="checkbox"/> residenza secondaria <sup>b</sup> (n° 4) | <input type="checkbox"/> umidificatore (n° 11)            | <input type="checkbox"/> lavori sanitari (n° 18)  |
| <input type="checkbox"/> ospedale:                                | <input type="checkbox"/> apparecchio d'inalazione (n° 12) | <input type="checkbox"/> lavori con terriccio (n° 19)   |
| <input type="checkbox"/> come paziente (n° 5a)                    | <input type="checkbox"/> fontana ornamentale (n° 14)      | <input type="checkbox"/> altro (p.es. associazioni sportive, docce scolastiche (n° 20): _____)  |
| <input type="checkbox"/> come visitatore (n° 5b)                  |   | <input type="checkbox"/> apparecchiatura per CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (n° 21) |
| <input type="checkbox"/> non noto                                 |   |   |

N°	Data	Luogo/nome dello stabilimento	Indirizzo esatto
	dal __/__/____ al __/__/____	_____	via: _____ n°: _____ località: _____ nazione: _____
	dal __/__/____ al __/__/____	_____	via: _____ n°: _____ località: _____ nazione: _____

altri casi conosciuti?  sì, quali: \_\_\_\_\_ quanti: \_\_\_\_  no  non noto

**Medico:** cognome, indirizzo, tel./fax (o timbro): \_\_\_\_\_

**Osservazioni**

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

### Medico cantonale

misure:  no  sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> se il viaggio comporta diverse tappe, indicare i dettagli del percorso (località, alberghi, date).