



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

Listeriosi

Dichiarazione sui risultati clinici

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 per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati

manifestazioni: tra **persone adulte** (salvo donne incinte) e **bambino** (di più di un mese)
 febbre meningite o meningoencefalite setticemia
 infezioni localizzate (p.es. artrite, endocardite): _____
 altro: _____ nessuno non noto

durante la **gravidanza**
 aborto, aborto spontaneo, nato morto prematuro, settimana di gravidanza: _____
 altro: _____ nessuno non noto

tra i **neonati** (di meno di un mese)
 granulomatosi settica infantile meningite o meningoencefalite
 setticemia dispnea ferite della pelle, delle mucose o della congiuntiva
 altro: _____ nessuno non noto

inizio delle manifestazioni: data: __/__/____ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____

prelievo: data: __/__/____ materiale: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: __/__/____ no non noto

stato: deceduto, data: __/__/____

Esposizione ≤ 70 giorni prima dell'inizio della manifestazione (periodo d'incubazione 3-70 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto

quando: presunta data dell'esposizione: __/__/____ O data dell'entrata in CH: __/__/____ non noto

come: tramite alimenti/bevande (dettaglio): _____
 trasmissione madre-bambino: _____
 altro: _____ non noto

Osservazioni

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

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

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

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