



# Meningococchi, malattia invasiva

Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedire completato  
entro 24 ore 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

manifestazione:  meningite  setticemia  artrite  disturbi della coagulazione/porpora  
 sindrome di Waterhouse-Friderichsen  altro: \_\_\_\_\_

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

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

prelievo: data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ materiale:  sangue  liquor  altro: \_\_\_\_\_

## Evoluzione

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

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

## Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di:  certificato di vaccinazione  medico di famiglia  anamnesi

vaccinato contro i meningococchi:  sì, con \_\_\_\_ dosi in totale  no  non noto

ultima dose (anno) \_\_\_\_\_ tipo di vaccino (marca): \_\_\_\_\_

## Esposizione

≤14 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione 2 -10 giorni)

dove:  CH  estero, paese: \_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_  non noto

quando: data dell'esposizione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ o data dell'entrata in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non noto

come:  colonia  servizio militare  all'asilo nido  a scuola  MSM<sup>b</sup>-setting  
 contatto con un caso confermato di laboratorio  altro (p.es. laboratorio): \_\_\_\_\_  non noto

persone esposte:  sì, quali: \_\_\_\_\_ quante: \_\_\_\_\_  no  non noto

misure prese: quali? per chi? \_\_\_\_\_

## Fattori di rischio

immunodeficienza congenita<sup>c</sup>, quale: \_\_\_\_\_

immunodeficienza acquisita, quale: \_\_\_\_\_

altri (p.es. deficit di proteina S / di proteina C), quali: \_\_\_\_\_

asplenia (anatomica / funzionale)

nessuno

non noto

## Osservazioni

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

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> MSM = uomini che hanno relazioni sessuali con altri uomini

<sup>c</sup> p.es.: deficit dei componenti tardivi del complemento, deficit dei componenti della via alternativa del complemento, difetti nella risposta immunitaria ai polisaccaridi, deficit in lettina legante il mannosio