



# MERS - Coronavirus

## Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di completare e  
rispedire a giro di posta all'UFSP  
e al medico cantonale.<sup>a</sup>  
Fax UFSP: +41 58 463 87 77

### Paziente

Cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sesso:  f  m  
indirizzo: \_\_\_\_\_ NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_  
Nazionalità:  CH  altro: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostica e manifestazione

Manifestazioni:  febbre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$   tosse  difficoltà di respiro  pneumonia (conferma radiografica)  
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  altri sintomi: \_\_\_\_\_  
Inizio delle manifestazioni: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Laboratorio:  laboratorio di referenza CRIVE a Ginevra (<http://virologie.hug-ge.ch>)  
 altro laboratorio, nome/tel: \_\_\_\_\_  
 laboratorio informato prima data del prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  nessun laboratorio

### Evoluzione

Ospedalizzazione:  sì, data del ricovero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  no  non noto  
Decesso:  sì, data del decesso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Esposizione

14 giorni prima dell'inizio della malattia  
Dove:  CH  estero, paese: \_\_\_\_\_  non noto  
Quando: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto  
Come: contatto con persona sospetta d'infezione al MERS-CoV:  sì  no  non noto  
se sì,  in famiglia  come personale medico o sanitario  
 altri contatti: \_\_\_\_\_  
contatti con dromedari o prodotti derivati:  sì  no  non noto  
Viaggi dopo inizio delle manifestazioni:  sì  no  non noto  
Se sì: compagnia aerea: \_\_\_\_\_ no. di volo: \_\_\_\_\_ partenza: luogo / data / ora \_\_\_\_\_ arrivo: luogo / data / ora \_\_\_\_\_ sedile no. \_\_\_\_\_

Attività professionale: \_\_\_\_\_

### Misure

Paziente isolato:  sì  no se sì:  in ospedale  a casa inizio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Contatti identificati:  sì  no se sì, quantità: \_\_\_\_\_  
informati:  sì  no  
in quarantena:  sì  no

Altre misure: \_\_\_\_\_

### 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>