



Pneumococchi, malattia invasiva

Dichiarazione sui risultati clinici

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

Paziente

Iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: ___/___/____ sesso: f m
NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____
nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

Manifestazioni: polmonite setticemia meningite artrite altre: _____
inizio della malattia: data: ___/___/____ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
prelievo: data: ___/___/____
materiale: sangue liquor liquido pleurico liquido sinoviale 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 pneumococchi: sì, con _____ dosi in totale no non noto

dose, nome del prodotto e data della vaccinazione

- | | |
|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| 2 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| 3 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| 4 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ |

dose, nome del prodotto e data della vaccinazione

- | | |
|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> Pneumovax® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Pnu-Imune® _____ |
| | <input type="checkbox"/> non noto _____ |
| 2 | <input type="checkbox"/> Pneumovax® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Pnu-Imune® _____ |
| | <input type="checkbox"/> non noto _____ |

Fattori di rischio

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> non noti | <input type="checkbox"/> splenectomia | <input type="checkbox"/> asplenia funzionale / emoglobinopatia |
| <input type="checkbox"/> insufficienza renale cronica | <input type="checkbox"/> sindrome nefrotica | <input type="checkbox"/> fistola del liquor |
| <input type="checkbox"/> immunodepressione | <input type="checkbox"/> frattura base cranica | <input type="checkbox"/> altre (p. es. parto prematuro <32. SG): _____ |
| <input type="checkbox"/> malattie respiratorie ricorrenti | <input type="checkbox"/> pneumopatia cronica | |
| <input type="checkbox"/> otiti recidiv. (almeno 3 nell'arco di sei mesi, o almeno 4 all'anno) | <input type="checkbox"/> diabete mellito | |

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>