



Protocollo di una prima dichiarazione telefonica*

*Da riempire in caso di sospetto di antrace, di botulismo, di vaiolo, di peste, di influenza A (HxNy) nuovo sotto-tipo, di SARS, di COVID-19, di febbri emorragiche virali (FEV) o risultato eccezionale di analisi cliniche.

Questo protocollo deve essere riempito dal medico cantonale (eccezionalmente anche dall'UFSP). Bisogna assicurare che l'UFSP riceva la dichiarazione nelle 2 ore che seguono la constatazione del sospetto, rispettivamente del risultato (copia per fax al numero 058 463 87 77).

Simboli: ?=sconosciuto; MO= medico ospedaliero; MC= medico cantonale

Paziente

cognome, nome: _____ data di nascita: __/__/____
 sesso: f m attività professionale: _____ tel.: _____
 nazionalità: CH altra: _____ domicilio: CH altro: _____
 se CH: indirizzo di domicilio: _____ cantone: _____

Diagnosi di sospetto (conformemente alla definizione di caso dell'UFSP)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> antrace (carbonchio) | <input type="checkbox"/> forma cutanea | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> botulismo | <input type="checkbox"/> botulismo alimentare | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> febbri emorragiche virali | <input type="checkbox"/> Lassa | <input type="checkbox"/> Ebola |
| | <input type="checkbox"/> Marburg | <input type="checkbox"/> Congo-Crimea |
| <input type="checkbox"/> peste | <input type="checkbox"/> peste polmonare | <input type="checkbox"/> peste bubbonica |
| <input type="checkbox"/> influenza A(HxNy) | | |
| <input type="checkbox"/> SARS | <input type="checkbox"/> COVID-19 (2019-nCoV) | |
| <input type="checkbox"/> vaiolo | | |
| <input type="checkbox"/> Risultato eccezionale di analisi cliniche | | |

infeziologo/a consultato/a: _____ tel.: _____

Esposizione (conformemente ai criteri di dichiarazione dell'UFSP)

- ospedale/studio medico laboratorio viaggio
 azienda agricola, mercato degli animali, studio veterinario altra: _____
 paese/luogo dell'esposizione: _____

Misure immediate

paziente	se no, saranno eseguite da ^a :		
ospedale (nome, tel., fax) _____			
isolamento del/la paziente effettuato? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> _____
trattamento specifico iniziato? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> _____

Diagnosi

laboratorio (nome, tel., fax) _____
 laboratorio preinformato? sì no MC MO _____

Prevenzione di altri casi

misure di protezione del personale medico? sì no MC MO _____
 se sì quali? _____
 misure di protezione delle persone entrate in contatto?
 - contatti identificati sì no MC MO _____
 - contatti informati sì no MC MO _____
 - profilassi somministrata sì no MC MO _____
 - quarantena preventiva sì no MC MO _____
 - assistenza medica garantita sì no MC MO _____
 disinfezione e decontaminazione dell'ambiente? sì no MC MO _____

Commenti

persona responsabile della dichiarazione _____ firma _____