



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

# Trichinellosi

## Dichiarazione sui risultati clinici

### 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 per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati

- manifestazioni:
- febbre
  - dolori muscolari
  - diarrea
  - edema facciale o edema periorbitale
  - eosinofilia
  - emorragia subcongiuntivale, subungueale, o retinica
  - 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 ≤ 45 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione 8-45 giorni)

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

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

come:  tramite alimenti (dettaglio): \_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_  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>