



Tifo addominale / paratifo

Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedire completato
entro 24 ore al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ___/___/___ sesso: f m

via, n°: _____ NAP/luogo di residenza: _____ cantone: ___ tel.: _____

nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

diagnosi: tifo addominale paratifo portatore, dal mese/anno: ___/___

manifestazione: febbre continua cefalea bradicardia relativa
 tosse secca diarrea, costipazione, malessere o dolori addominali
 altro: _____ nessuno non noto

inizio delle manifestazioni: data: ___/___/___ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: sospetto clinico esposizione scoperta fortuita altro: _____

prelievo: data: ___/___/___ materiale: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: ___/___/___ nessuno non noto

stato: deceduto, data: ___/___/___

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione/cartella clinica anamnesi

vaccinato contro il S. typhi: sì, con ___ dosi in totale no non noto

ultima dose nel mese/anno: ___/___ tipo di vaccino (marca): _____

Esposizione

<60 giorni prima dell'inizio della manifestazione (periodo d'incubazione S. Typhi 3-60 giorni, generalmente 8-14 giorni; S. Paratyphi 1-10 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto

quando: data dell'esposizione: ___/___/___ O data dell'entrata in CH: ___/___/___ non noto

come: tramite alimenti o bevande: _____

tramite contatti con paziente / portatore: _____

altro: _____ non noto

persone esposte: sì, quali: _____ quante: ___ nessuna non noto

attività professionale: _____

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>