



# Infezione da virus Zika

## Dichiarazione sui risultati clinici

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

### 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:  esantema  febbre  congiuntivite  artralgia  mialgia  
 sintomi neurologici<sup>b</sup>: \_\_\_\_\_  
 altro: \_\_\_\_\_  nessuna  non noto

inizio delle manifestazioni: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

gravidanza in corso?  sì  no

**se sì:** → inviare i campioni al CRIVE<sup>c</sup>

→ ginecologo curante o centro specializzato (medicina feto-materna) (nome, indirizzo): \_\_\_\_\_

laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_

prelievo: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_

sieroconversione documentata:  sì  no

### Malattie precedenti o immunizzazione

	malattie precedenti?	vaccinato?
febbre gialla:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non noto
FSME:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non noto
encefalite giapponese:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non noto
epatite C:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no	
virus del Nilo occidentale:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no	
febbre dengue:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____ <input type="checkbox"/> no	

### Esposizione tempo d'incubazione: 3 ai 12 giorni

la persona è stata esposta all'estero durante i 12 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni?  sì  no  non noto

se **sì**, paese(i) visitato(i), nell'ordine decrescente di probabilità dell'infezione:

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data del ritorno in CH: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

se **no**, dove si è infettata il più probabilmente la persona? luogo: \_\_\_\_\_  non noto

la persona è stata esposta durante un rapporto sessuale non protetto?  sì  no  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>

<sup>b</sup> p. es. sindrome di Guillain-Barré

<sup>c</sup> CRIVE = Centre national de Référence des Infections Virales Emergentes (<http://virologie.hug-ge.ch>)