



Antrace / carbonchio

Dichiarazione sui risultati clinici
in complemento alla dichiarazione telefonica
che deve essere fatta entro 2 ore

Paziente

Cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m
 indirizzo: _____ NPA/domicilio: _____ cantone: _____ tel: _____
 nazionalità: CH altra: _____ paese di residenza, se non CH: _____
 attività professionale, datore di lavoro (indicare l'indirizzo completo): _____

Diagnostica e manifestazione

diagnosi clinica: sospetta sicura reperto fortuito data della diagnosi: __/__/____
 diagnosi di laboratorio: positivo negativo
 materiale esaminato: _____
 laboratorio (nome, luogo): _____

forme della malattia

antrace cutanea sintomi: _____
 antrace delle vie respiratorie sintomi: _____
 antrace gastrointestinale sintomi: _____
 altre forme sintomi: _____

Evoluzione

trattamento: inizio: __/__/____ con: _____
 ospedalizzazione del paziente: no sì, giorno del ricovero: __/__/____ in caso di decesso, data: __/__/____

Esposizione

soggiorno all'estero nelle ultime settimane prima dell'insorgere della malattia: sì no non noto
 dove: _____ dal: __/__/____ al: __/__/____
 fonte d'infezione: _____ conosciuta presunta non conosciuta
 (p.es. prodotti animali (tra cui caprini, ovini, bovini, equini, suini), altri prodotti, merce importata, polvere, attrezzi, macchine, infezione di laboratorio, sospetto che l'infezione sia riconducibile a materiale contaminato a fini criminali)
 quali, dove (indirizzo): _____

Altre persone infette o sospettate di esserlo: sì no non noto

chi? (indirizzo): _____
 misure adottate (individuali/familiari/professionali/veterinarie/di altra natura): _____

Medico: nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): _____

Osservazioni

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____

data: __/__/____ firma: _____

UFSP: 3+ 2+ 1+ ? Ø

data: __/__/____ visto: _____

^a i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>