



# Febbre dengue

## 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:  febbre o febbre secondo anamnesi  segni emorragici  
 altro: \_\_\_\_\_  nessuno  
 inizio delle manifestazioni: data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_  
 motivo:  sospetto clinico  esposizione  altro: \_\_\_\_\_  
 prelievo: data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_  
 sieroconversione documentata:  sì  no

### Malattie precedenti o immunizzazione

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

### Esposizione tempo d'incubazione: 3 ai 14 giorni

dove: la persona ha soggiornato all'estero durante i 14 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.: \_\_\_\_\_  
 se **no**, dove si è infettata il più probabilmente la persona?  
 luogo: \_\_\_\_\_  non noto  
 quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ data del ritorno in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  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>