



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

# Difterite

## Dichiarazione sui risultati clinici

### 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 (per favore, mettere una crocetta per tutti i sintomi osservati)

manifestazioni:  affezione delle vie respiratorie superiori con  laringite  nasofaringite  tonsillite  
 membrana/pseudomembrana aderente  
 lesione cutanea, dove? \_\_\_\_\_  
 lesione della congiuntiva o delle membrane mucose  
 altre: \_\_\_\_\_  nessuna  non noto

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

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

motivo:  sospetto clinico  esposizione  scoperta fortuita  altro: \_\_\_\_\_

prelievo: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale:  striscio faringe  striscio cute  altro: \_\_\_\_\_

### Evoluzione

ospedalizzazione:  sì, data del ricovero \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data d'uscita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  no  non noto

stato:  deceduto: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

terapia: somministrazione d'antitossina:  sì, data dell'inizio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dose \_\_\_\_\_  no  non noto

### Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di:  certificato di vaccinazione  anamnesi  
 vaccinato contro difterite:  sì, con \_\_\_\_\_ dosi in totale  no  non noto  
 1<sup>a</sup> dose, anno \_\_\_\_\_ tipo di vaccino (marca) \_\_\_\_\_  
 2<sup>a</sup> dose, anno \_\_\_\_\_ tipo di vaccino (marca) \_\_\_\_\_  
 3<sup>a</sup> dose, anno \_\_\_\_\_ tipo di vaccino (marca) \_\_\_\_\_  
 ultima dose, anno/mese \_\_\_\_/\_\_\_\_ tipo di vaccino (marca) \_\_\_\_\_

### Esposizione

≤7 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione 2-5 giorni)

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

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

come:  contatto con malati (gruppo o situazione): \_\_\_\_\_  non noto

persone esposte:  sì, quali: \_\_\_\_\_ quanti: \_\_\_\_  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>