



Si prega di rispedire completato
entro 7 giorni al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Encefalite da zecca

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

Iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m

NAP/luogo di residenza: _____ cantone: _____

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

Diagnostica e manifestazione

diagnosi: meningite meningoencefalite encefalomielite radicolite altro: _____

manifestazioni: nella regione del morso da zecca influenzale altro: _____ nessuno non noto

inizio delle manifestazioni: data: __/__/____ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: sospetto clinico esposizione scoperta fortuita altro: _____

prelievo: data: __/__/____ materiale: _____

antecedente infezione da Dengue/epatite c/vacc. febbre gialla: sì, data: __/__/____ quali: _____ no non noto

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: __/__/____ no non noto

stato: guarito deceduto, data: __/__/____ sequele: _____ altro: _____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione/cartella clinica anamnesi

vaccinato contro la FSME: sì, con totale: _____ Dosi no non noto

ultima dose nell'anno/mese: ____/____ tipo di vaccino (marca): _____

Esposizione

(periodo d'incubazione circa 2-28 giorni)

morso di zecca nelle 4 settimane precedenti la malattia

CH, indicazione esatta del luogo: _____ soggiorno solo nel luogo di residenza

estero, paese: _____ non noto

data dell'esposizione: __/__/____ non noto

durante attività professionale

durante il servizio militare

trasfusione di sangue nelle 4 settimane precedenti la malattia, data della trasfusione: __/__/____

istituto (nome, indirizzo): _____

altro

non noto

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

Osservazioni

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: __/__/____ firma: _____

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