



Febbre gialla

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

manifestazioni: segni emorragici: _____
 febbre fino a _____°C epatite albuminuria insufficienza renale
 altro: _____ nessuna non noto
 inizio delle manifestazioni: data: __/__/____ non noto
 laboratorio: nome/tel.: _____
 motivo: sospetto clinico esposizione altro: _____
 prelievo: data: __/__/____
 risultato: virus accertato in coltura ricerca genoma pos. sierologia pos. negativo manca ancora la risposta
 ricerca malaria neg.

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: __/__/____ data d'uscita: __/__/____ no non noto
 stato: deceduto, in data: __/__/____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione medico di famiglia anamnesi
 vaccinato contro la febbre gialla: sì, con ___ dosi in totale no non noto
 ultima dose (anno) _____ tipo di vaccino (marca): _____
 luogo di vaccinazione, nome/indirizzo: _____

Esposizione ≤ 2 settimane prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione ≤ 6 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto
 _____ luogo: _____
 quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: __/__/____ data di ritorno in CH: __/__/____ non noto
 come: soggiorno in zone rurali altro: _____ non noto
 persone esposte: nessuna sì: quali: _____ quante: _____ non noto

Osservazioni

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

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

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