



Epatite B

Dichiarazione sui risultati clinici

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

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita ____/____/____
 genere: f m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VSS^b
 NPA/luogo di residenza: _____ cantone: ____ paese di residenza, se non CH: _____
 nazionalità: CH altro: _____ paese di origine^c: CH altro: _____

Diagnostica e manifestazione

Ho già riempito completamente una dichiarazione per questo/a paziente: sì
 Se «sì», si prega di spedire questo formulario direttamente al medico cantonale **SENZA** compilare il resto.
 diagnosi conosciuta dal medico o dal paziente da almeno un anno: sì, anno: ____ no
 data della diagnosi: ____/____/____ (documentata)
 manifestazioni **attuali**: ittero transaminasi $\geq 2.5 \times \uparrow$ altro: _____ nessuna non noto
 inizio della manifestazione: data ____/____/____ non noto
 laboratorio: nome/tel.: _____
 motivo: sospetto clinico esposizione screening^d altro: _____ non noto
 sieroconversione documentata^e: sì, l'ultima sierologia **anti-HBc negativa** il: ____/____/____ no non noto

Evoluzione

acuta cronica cirrosi epatocarcinoma

Stato vaccinale

vaccinato contro l'epatite B: sì, totale dosi: _____ no non noto
 vaccino (nome commerciale), prima dose: _____ data: ____/____/____
 vaccino (nome commerciale), ultima dose: _____ data: ____/____/____
 esisteva secondo lei una infezione già prima della vaccinazione? sì no non chiaro

Esposizione

durante i 6 mesi precedenti l'inizio dei sintomi (oppure al momento del sospetto contagio)

dove: CH estero, paese: _____ non noto
 quando: data dell'esposizione: ____/____/____ non noto
 come:
 perinatale
 contatto con persona infetta: in famiglia al posto di lavoro: _____
 altro: _____
 contatto sessuale con persona infetta: donna uomo transgender
 uso di droghe da iniettare o da sniffare
 trasfusione(i), l'anno(i): _____
 dialisi
 professione sanitaria: _____
 altro: _____ non noto/via di trasmissione non identificabile
 persone esposte: sì no non noto se sì, quale: partner sessuale famiglia
 nascituro o neonato altre: _____
 attività professionale: _____

Medico

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

data: ____/____/____ firma: _____

in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: _____

Medico cantonale

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

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

^b MtE= sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario. VSS= Variante dello sviluppo sessuale (intersessualità).

^c se il paziente o i suoi genitori sono immigrati in Svizzera, indicate il paese di origine

^d analisi screening, risp. preventive nei gruppi a rischio specifici, p.es. donne incinte, reclute, donatori di sangue o partecipanti ad uno studio

^e sierologica precedente negativa anti-HBc documentata, si prega di aggiungere copia del risultato