



Dichiarazione sui risultati di analisi di laboratorio^a HIV

Si prega di rispedire completato
entro 7 giorni all'UFSP e al
medico cantonale.^b
Fax UFSP: 058 463 87 77

Paziente

Codice formato in base al nome^c: ____ ____ data di nascita: __/__/____ genere: f m trans (MtF)^d trans (FtM)^d VSS^d

NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Richiedente

Laboratorio di screening	medico mandante	medico curante (se non identico al medico mandante)
Nome, indirizzo, tel./fax:	nome, indirizzo, tel./fax:	nome, indirizzo, tel./fax:

non noto

non noto

Risultati

Caso ID interno al laboratorio: _____ codice Berda: _____

Data del prelievo del primo campione: __/__/____

Data della conferma positiva: __/__/____

Ceppo: HIV HIV-1 HIV-2

Viremia (HIV-RNA): _____ (copie/ml) data del prelievo del campione: __/__/____

Indicazione di una nuova infezione? sì no incerto nessun test Recency effettuato

Osservazioni

Laboratorio dichiarante

Nome, indirizzo, tel./fax:

Data: __/__/____ firma: _____

^a secondo il concetto di test, Boll UFSP 2006 47/2013 (18.11.2013): 851-853 (versione corta)

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

^c prima lettera e numero di lettere; se più di 9: lunghezza=0; in presenza di un doppio nome separato da un trattino o composto di due parole: indicare solo l'iniziale del primo; esempi: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0

^d Trans (MtE) e (FtM) = persona con cambiamento di sesso da uomo a donna rispettivamente da donna a uomo, VSS= variante dello sviluppo sessuale (intersessuale)