



Dichiarazione sui risultati di analisi di laboratorio Foglio 1

Si prega di completare e rispedire a giro di posta all'UFSP e al medico cantonale^a.
UFSP, servizio medico, sistemi di dichiarazione, 3003 Bern, Fax: 058 463 87 77

Dichiarare entro 2 ore il risultato pos./neg. telefonicamente, inviare al medico cantonale e all'UFSP il formulario specifico complementare (protocollo addizionale). **Prego inviare le prove al laboratorio designato dall'UFSP.**

- Risultato eccezionale di analisi di laboratorio (valevole anche per i risultati di analisi che non devono essere dichiarati o non dichiarati entro 2 ore)
- *Bacillus anthracis* (non dichiarare risultati negativi dai prelievi nell'ambiente)
- *Clostridium botulinum* (non dichiarare botulismo da ferita o botulismo infantile)
- Influenza A(HxNy) nuovo subtipo con potenziale pandemico (non dichiarare messa in evidenza di antigeni via test rapidi)
- Coronavirus MERS / SARS / COVID-19
- Virus del vaiolo *Variola / Vaccinia*
- Febbri emorragiche virali che possono essere trasmesse da persona a persona (Ebola, Marburg, Crimea-Congo, Lassa)
- *Yersinia pestis*

Dichiarare entro 24 ore

- Campylobacter spp.*
da specificare se conosciuto: specie
- Virus della chikungunya
- Corinebatteri, produttori di tossina
C. diphtheriae, *C. ulcerans*, *C. pseudo tuberculosis*;
da specificare se conosciuto: tipo;
accertamento della tossina: positivo negativo
- Virus della dengue
non dichiarare reazioni crociate evidenti
- Escherichia coli*, enteroemorragica
EHEC, VTEC, STEC;
da specificare se conosciuto: sierotipo, tipo di tossina
- Virus della febbre gialla^b
su richiesta dell'autorità sanitaria,
dichiarare risultato negativo
- Aumento di risultati di analisi di laboratorio: _____
Non segnalare per nome. In "ulteriori informazioni" specificare il numero di persone, età, periodo, luogo, ecc.
- Virus dell'epatite A
- Virus dell'epatite E
solo sequenza di genome (PCR)
- Listeria monocytogenes*^c
da specificare se conosciuto: tipo
- Virus del morbillo⁹
PCR (RNA): positivo negativo
- Complesso *M. tuberculosis*
si prega di utilizzare l'apposito formulario
- Neisseria meningitidis*^{c, d, f}
microscopia: solo diplococchi gram-neg.
nel liquor;
antigene: solo nel liquor;
da specificare se conosciuto: sierogruppo
- Virus della poliomielite^b
da specificare se conosciuto: aumento del titolo $\geq 4x$ o sieroconversione
- Virus della rabbia^b
su richiesta dell'autorità sanitaria,
dichiarare risultato negativo
- Virus della rosolia^{f, g}
da specificare se conosciuto:
avidità-IgG, persistenza di IgG per
i più di 6 mesi di età
- Salmonella spp.*
da specificare se conosciuto: specie, tipo;
Inviare tutti gli isolati che non appartengono
al sierotipo enteritidis al NENT
- Shigella spp.*
da specificare se conosciuto: specie
- Vibrio cholerae*^c
sierotipo, accertamento della tossina
- Virus Zika^e

Diagnosi di laboratorio

data del prelievo:

giorno			mese			anno			

data della prova /
data del test:

giorno			mese			anno			

materiale d'esame: _____

Specie, tipo, interpretazione ed ulteriori informazioni:

.....

.....

.....

metodo/i analitico/i con risultato positivo:

- coltura/isolato
- sequenza di genome (DNA/RNA)
- antigene
- microscopia
- tossina
- sierologia / anticorpi
 - sieroconversione
 - IgM
 - IgG aumento del titolo $\geq 4x$
-
altro/i metodo/i analitico/i

Paziente

in caso di *Campylobacter spp.*, indicare le iniziali

iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____

altrimenti indicare nome completo + via

cognome: _____ nome: _____

via e numero: _____

data di nascita: ___/___/___ sesso: f m

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

Medico mandante

nome, indirizzo, tel./fax, istituzione, reparto: _____

Laboratorio dichiarante

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

data: ___/___/___ firma: _____

^a i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>
^b i campioni vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP
^c gli isolati vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP
^d solo a partire da materiale normalmente sterile (come p. es. sangue, liquido cefalorachidiano, liquido articolare, niente urina)
^e i campioni prelevati da donne incinte vanno inoltrati a un centro di riferimento indicato dall'UFSP
^f i campioni con risultato positivo di PCR vanno inoltrati a un centro di riferimento indicato dall'UFSP
^g in caso di altri risultati, dichiarare come «metodo analitico con risultato positivo»



Dichiarazione sui risultati di analisi di laboratorio Foglio 2

Dichiarare entro una settimana

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Brucella spp.</i>
specificare se conosciuto: specie | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite B ^f
<input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM <input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> HBe Ag | <input type="checkbox"/> Prioni ^e
<input type="checkbox"/> istologia <input type="checkbox"/> messa in evidenza della PrP ^{Sc}
<input type="checkbox"/> proteina 14-3-3 nel liquor in caso di sospetto di CJD |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>
dichiarare soltanto i risultati dei campioni del tratto genitale; specificazione del tipo non è necessaria | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite C ^f
<input type="checkbox"/> anti-HCV con test di conferma positivo
<input type="checkbox"/> antigene e core | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> ^{c, d}
specificare se conosciuto: tipo |
| <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i>
solo infezione acuta; in caso di S = per favore dati sulle IgG e IgM specifici contro gli antigeni della fase II | <input type="checkbox"/> HIV
si prega di utilizzare l'apposito formulario | <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i>
Non riempire nessun metodo di individuazione. Il solo test VDRL/RPR positivo o accompagnato dal test specifico negativo (TPHA/TPPA, anticorpi FTA) non deve essere dichiarato. |
| <input type="checkbox"/> Enterobatteriacee produttrici ^b di carbapenemasi
specificare se conosciuto: specie, genotipo e altre resistenze | <input type="checkbox"/> Virus dell'influenza, stagionale
specificare se conosciuto: tipo e sottotipo | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella spiralis</i>
specificare se conosciuto: specie |
| <input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Legionella spp.</i> ^c | <input type="checkbox"/> West-Nile-Virus (WNV) ^b
specificare se conosciuto: differenziazione WNV/Kunjin, indicazioni sulla provenienza (I oppure II) se WNV |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> ^d
specificare se conosciuto: tipo | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | <input type="checkbox"/> Virus dell'encefalite da zecche |
| <input type="checkbox"/> Infezioni da hantavirus
specificare se conosciuto: tipo | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium spp.</i>
specificare se conosciuto: specie | |

Diagnosi di laboratorio

data del prelievo:
giorno mese anno

data della prova /
data del test:
giorno mese anno

materiale d'esame: _____

metodo/i analitico/i con risultato positivo:

- coltura/isolato
 sequenza di genoma (DNA/RNA)
 antigene
 microscopia
 tossina

sierologia / anticorpi

- sieroconversione
 IgM
 IgG aumento del titolo $\geq 4x$

Altro/i metodo/i analitico/i

Specie, tipo, interpretazione ed ulteriori informazioni:

.....
.....
.....

Paziente

in caso di HBV, HCV, *Legionella spp.* e Prioni, indicare **nome completo + via**

cognome: _____ nome: _____

via e numero: _____

data di nascita: ___/___/___

sexo: f m

NAP/luogo di residenza: _____

cantone: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Medico mandante

nome, indirizzo, tel./fax, istituzione, reparto:

Laboratorio dichiarante

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

data: ___/___/___ firma: _____

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

^b i campioni vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

^c gli isolati vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

^d solo a partire da materiale normalmente sterile (come p. es. sangue, liquido cefalorachidiano, liquido articolare; *niente* urina)

^e in caso di sospetto di vCJK, inviare il prelievo al laboratorio designato dall'UFSP

^f in caso di risultato positivo della PCR, dichiarare come «sequenza di genoma (DNA/RNA)»