



# Malaria

## Dichiarazione sui risultati clinici

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

### Paziente

Iniziale cognome: \_\_\_\_\_ iniziale nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ sesso:  f  m  
NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_  
nazionalità:  CH  altro: \_\_\_\_\_ paese di origine<sup>b</sup>:  CH  altro: \_\_\_\_\_

### Diagnostica e manifestazione

manifestazioni:  febbre o febbre secondo anamnesi  
inizio delle manifestazioni: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  non noto  
laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_  
prelievo: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
metodo:  microscopico  test rapido  altro: \_\_\_\_\_  
motivo:  sospetto clinico  esposizione  reperto occasionale  
risultato:  *P. falciparum*  *P. vivax*  *P. ovale*  *P. malariae*  Plasmodium senza tipizzazione  parassitemia: \_\_\_\_ %

### Evoluzione

ospedalizzazione:  sì, data del ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  no  non noto  
trattamento ambulatoriale:  sì  no  
stato:  deceduto, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

### Esposizione ≤12 mesi prima dell'inizio della malattia

prima della diagnosi, la persona ha soggiornato in una zona endemica conosciuta?  sì  no  non noto

**se sì**, indicare i paesi visitati ordinati secondo la più alta probabilità di infezione:

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

durata del soggiorno nella zona malarica (totale paese 1+2+3): \_\_\_\_ giorni data della partenza dalla zona malarica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

prima del viaggio la persona si è informata presso un medico o un centro di consulenza?  sì  no  non noto

**in caso negativo**, indicate la possibile origine dell'infezione:

soggiorno più di 12 mesi prima della diagnosi in una zona malarica, dove esattamente: \_\_\_\_\_  
 malaria congenitale  malaria indotta (p.es. trasfusione)  malaria importata (p.es. malaria d'aeroporto)

categoria di rischio più probabile per la malaria (una risposta possibile):

turista  immigrante (tutte le categorie, incluso adozione)  
 visita presso familiari/amici  altro: \_\_\_\_\_  
 esercizio della professione (p.es. viaggio di ufficio)  non noto

### Osservazioni

**Medico** nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): \_\_\_\_\_

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

### Medico cantonale

misure:  no  sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>  
<sup>b</sup> se il paziente o i suoi genitori sono immigrati in Svizzera, indicate il paese di origine