



# Rosolia congenita

Dichiarazione complementare

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

## Foglio 1: DONNA INCINTA / MADRE

### Dati sulla la DONNA INCINTA o la MADRE (vedi sul retro per il bambino)

Cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Via, n°: \_\_\_\_\_ NPA/domicilio: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ n° tel.: \_\_\_\_\_  
Nazionalità:  CH  altro: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostica e manifestazione

Comparsa della rosolia (eruzioni o diagnosi di laboratorio) durante la \_\_\_\_\_ settimana di gravidanza

Sierologia della rosolia prima della gravidanza (IgG):

sì, risultato: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  no  non noto

Durante la gravidanza e il parto:

Analisi 1: laboratorio (nome / n° tel.): \_\_\_\_\_  
data prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_ risultato: \_\_\_\_\_

Analisi 2: laboratorio (nome / n° tel.): \_\_\_\_\_  
data prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_ risultato: \_\_\_\_\_

Analisi 3: laboratorio (nome / n° tel.): \_\_\_\_\_  
data prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_ risultato: \_\_\_\_\_

### Evoluzione

Conseguenze:  aborto  interruzione di gravidanza  embriopatia  nessuna  ancora incerta

### Osservazioni

**Per il bambino, si prega di completare in ogni caso (anche se la rosolia non gli è confermata da un esame di laboratorio) il questionario complementare sul verso. In caso di bisogno, grazie di contattare il pediatra o di comunicarci i suoi dati.**

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

### Medico cantonale

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

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



# Rosolia congenita

Dichiarazione complementare

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

## Foglio 2: BAMBINO

### Dati sul BAMBINO<sup>b</sup> / compreso NATO MORTO (vedi sul retro per la donna incinta / madre)

Cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sesso:  f  m

Via: \_\_\_\_\_ NPA/domicilio: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ n° tel.: \_\_\_\_\_

Nazionalità:  CH  altro: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

Alla nascita: Età di gestazione: \_\_\_\_\_ settimane peso: \_\_\_\_\_ g lunghezza: \_\_\_\_\_ cm perimetro del cranio: \_\_\_\_\_ cm

### Diagnostica e manifestazione

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> cataratta                      | <input type="checkbox"/> glaucoma congenito     | <input type="checkbox"/> embriopatia                                |
| <input type="checkbox"/> handicap dell'udito            | <input type="checkbox"/> retinopatia pigmentare | <input type="checkbox"/> purpura                                    |
| <input type="checkbox"/> hepatomegalia ou splenomegalia | <input type="checkbox"/> microcefalia           | <input type="checkbox"/> ritardo mentale                            |
| <input type="checkbox"/> meningoencefalite              | <input type="checkbox"/> lesioni ossee metafisi | <input type="checkbox"/> inizio ittero entro 24 ore dopo la nascita |
| <input type="checkbox"/> altri: _____                   |   | <input type="checkbox"/> nessuna                                    |

Analisi 1: laboratorio (nome / n° tel.): \_\_\_\_\_

data prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_ risultato: \_\_\_\_\_

Analisi 2: laboratorio (nome / n° tel.): \_\_\_\_\_

data prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_ risultato: \_\_\_\_\_

Analisi 3: laboratorio (nome / n° tel.): \_\_\_\_\_

data prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_ risultato: \_\_\_\_\_

### Evoluzione

Decesso:  sì, data del decesso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ causa: \_\_\_\_\_  no  non noto

Autopsia:  sì

### Osservazioni

**Per la madre di questo bambino, si prega di completare in ogni caso (anche se una rosolia durante la gravidanza non ha potuto essere messa in evidenza) il questionario complementare sul retro. Se necessario, grazie di contattare il ginecologo/medico generalista, oppure comunicarci i suoi dati personali.**

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

### Medico cantonale

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> da completare per ogni neonato nato da madre stata affetta da rosolia confermata durante la gravidanza, in caso di infezione da rosolia confermata in un neonato, come in caso di sospetto di rosolia congenita