



Coronavirus disease COVID-19

Dichiarazione del referto clinico in seguito al referto di laboratorio positivo
per i pazienti ambulatoriali, compresi i residenti di case di riposo e di cura e di altri
istituti medico-sociali

Si prega di inviare completato
Immediatamente al medico cantonale
e all'UFSP.^a
UFSP Fax: +41 58 463 87 77
UFSP HIN secured:
covid-19@hin.infreport.ch

Paziente

Cognome: _____ nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: f m

Via, n° _____ NPA/luogo: _____ cantone: _____ tel.: _____

Nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

Manifestazione: tosse polmonite (conferma radiografica) dolore toracico difficoltà respiratorie
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) mal di gola altri sintomi di una malattia acuta delle vie respiratorie
 anosmia ageusia febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (senza altra eziologia)
 stato di confusione acuta / deterioramento delle condizioni generali senza altra eziologia
 sintomi gastrointestinali (p. es. diarrea, vomito, dolori addominali)
 mal di testa dolori muscolari eruzioni cutanee
 nessun sintomo altri sintomi: _____

inizio delle manifestazioni: ____/____/____

Malattie di base: diabete malattie cardiovascolari immunospressione malattia renale cronica
 ipertensione malattie respiratorie croniche cancro obesità (IMC > 35)
 nessuna altre: _____

Fumatore: sì no non noto

Gravidanza: sì no non noto

Laboratorio: nome/tel.: _____ data del prelievo: ____/____/____

Motivo del test: sintomi coerenti con COVID-19 indagine sui focolai SwissCovidApp altro: _____

Evoluzione

Ospedalizzazione: no sì, data del ricovero: ____/____/____ motivo del ricovero: COVID-19 altro
ospedale (nome, tel.): _____

Decesso: sì, data del decesso: ____/____/____ (Si prega di compilare la «Dichiarazione di referto clinico in seguito al decesso»)

Esposizione entro i 14 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto

Se all'estero, viaggio in: aereo nave treno car/autobus auto altri, quali: _____

Residente in una casa di riposo o di cura o in un altro istituto medico-sociale no sì istituto (nome, tel.): _____

come: stretto contatto con un caso di COVID-19 confermato: sì no non noto

via di trasmissione più probabile: in famiglia come personale medico o sanitario scuola/asilo/nido
 lavoro festa privata in discoteche/club in un bar/ristorante
 durante una manifestazione ad un assembramento spontaneo non noto
 altra: _____

quando: data di esposizione: ____/____/____ non noto

In quarantena prima del risultato positivo del test: sì no non noto

Attività professionale: Personale medico o sanitario: sì no, altra: _____

Osservazioni

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

data: ____/____/____ firma: _____

Medico cantonale

Misure: no sì: _____

data: ____/____/____ firma: _____

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