



Coronavirus disease COVID-19

Dichiarazione di referto clinico in seguito al decesso

Si prega di rispedire la dichiarazione compilata entro 24 ore dal decesso 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: _____ sesso: f m

data di nascita: ____/____/____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____

paese di residenza: _____ nazionalità: _____

deceduto/a in seguito a COVID-19: _____ data del decesso: ____/____/____

luogo di decesso: ospedale casa di riposo e di cura altro istituto medico-sociale: _____
 alloggio di gruppo: _____ altro: _____

diagnostica: risultato di laboratorio: positivo negativo in corso non testato

laboratorio (nome, tel): _____

risultato radiologico: CT-Scan compatibile con COVID-19

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

fumatore: sì no non noto

ospedalizzazione: sì dal: ____/____/____ al: ____/____/____ no

nome dell'ospedale: _____

complicazioni: polmonite (confermata da radiografia) ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

altro: _____

trattamento in terapia intensiva: sì dal: ____/____/____ al: ____/____/____ no

respirazione artificiale: sì, durata (in giorni): _____ no

in rapporto epidemiologico con un caso confermato dal laboratorio: sì

Osservazioni

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

data: ____/____/____ firma: _____

Medico cantonale

data: ____/____/____ firma: _____