



# Mpox

## Dichiarazione del referto clinico entro 24h al medico cantonale.<sup>a</sup>

### Paziente

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ genere:  f  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VSS<sup>b</sup>

via: \_\_\_\_\_ NPA/luogo: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ nazionalità: \_\_\_\_\_

paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_ professione: \_\_\_\_\_

### Diagnostica e manifestazione

laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_ data del prelievo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

sintomi: inizio della manifestazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

lesioni cutanee come vescicole/pustole/croste:  genitale/ anale  viso  estremità  altre localizzazioni

linfadenopatia  mialgia  mal di testa  mal di schiena  astenia  febbre improvvisa (>38,5°C)

nessuno  altri: \_\_\_\_\_

### Esposizione nei 21 giorni prima dell'inizio della manifestazione.

dove: paese dell'esposizione: \_\_\_\_\_ luogo dell'esposizione: \_\_\_\_\_  non noto

quando: data dell'esposizione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  non noto

come: probabile via di trasmissione:  contatto sessuale con:  f  m  altro  contatto nell'economia domestica  
 contatto come personale medico o sanitario  contatto con animali selvatici (potenzialmente) infetti  
 altra: \_\_\_\_\_

contatto con un caso di vaiolo delle scimmie confermato in laboratorio:  sì  no  non noto

### dopo l'inizio della manifestazione:

contatto stretto con persone:  sì  no  non noto osservazioni: \_\_\_\_\_

viaggi internazionali:  sì  no  non noto osservazioni: \_\_\_\_\_

**Stato vaccinale** vaccinato contro il vaiolo:  sì  no  non noto secondo:  libretto delle vaccinazioni  anamnesi  
(programmi di vaccinazione contro il vaiolo precedenti)

vaccinato contro il vaiolo delle scimmie:  sì  no  non noto secondo:  libretto delle vaccinazioni  anamnesi

**Evoluzione** ospedalizzazione:  sì, data del ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  no  non noto

terapia:  Tecovirimat  altri medicinali antivirali: \_\_\_\_\_

decesso:  sì, data del decesso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ causa del decesso:  vaiolo delle scimmie  altra  non noto

**Misure immediate** misure per il caso confermato in laboratorio:  sì  no

misure per persone a stretto contatto:  sì  no/non necessarie

misure per il personale sanitario:  sì  no/non necessarie

### Osservazioni

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

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

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

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

<sup>a</sup> I formulari attuali sono disponibili all'indirizzo <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> MtE = sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario. VSS= variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).