



Si prega di completare e  
rispedire a giro di posta all'UFSP  
e al medico cantonale.<sup>a</sup>  
Fax UFSP: +41 58 463 87 77

# Antrace / carbonchio

Dichiarazione sui risultati clinici  
in complemento alla dichiarazione telefonica  
che deve essere fatta entro 2 ore

## Paziente

Cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sesso:  f  m  
 indirizzo: \_\_\_\_\_ NPA/domicilio: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_  
 nazionalità:  CH  altra: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_  
 attività professionale, datore di lavoro (indicare l'indirizzo completo): \_\_\_\_\_

## Diagnostica e manifestazione

diagnosi clinica:  sospetta  sicura  reperto fortuito  data della diagnosi: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 diagnosi di laboratorio:  positivo  negativo  
 materiale esaminato: \_\_\_\_\_  
 laboratorio (nome, luogo): \_\_\_\_\_

## forme della malattia

antrace cutanea sintomi: \_\_\_\_\_  
 antrace delle vie respiratorie sintomi: \_\_\_\_\_  
 antrace gastrointestinale sintomi: \_\_\_\_\_  
 altre forme sintomi: \_\_\_\_\_

## Evoluzione

trattamento: inizio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ con: \_\_\_\_\_  
 ospedalizzazione del paziente:  no  sì, giorno del ricovero: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  in caso di decesso, data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Esposizione

soggiorno all'estero nelle ultime settimane prima dell'insorgere della malattia:  sì  no  non noto  
 dove: \_\_\_\_\_ dal: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 fonte d'infezione: \_\_\_\_\_  conosciuta  presunta  non conosciuta  
 (p.es. prodotti animali (tra cui caprini, ovini, bovini, equini, suini), altri prodotti, merce importata, polvere, attrezzi, macchine, infezione di laboratorio, sospetto che l'infezione sia riconducibile a materiale contaminato a fini criminali)  
 quali, dove (indirizzo): \_\_\_\_\_

Altre persone infette o sospettate di esserlo:  sì  no  non noto

chi? (indirizzo): \_\_\_\_\_  
 misure adottate (individuali/familiari/professionali/veterinarie/di altra natura): \_\_\_\_\_

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

**Osservazioni**

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

## Medico cantonale

misure:  no  sì: \_\_\_\_\_

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

UFSP:  3+  2+  1+  ?  Ø

data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ visto: \_\_\_\_\_

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