



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

# Brucellosi

## Dichiarazione sui risultati clinici

### Paziente

Iniziale cognome: \_\_\_\_\_ iniziale nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sesso:  f  m

NAP/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_

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

### Diagnostica e manifestazione (per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati)

manifestazioni:  febbre  sudorazione (specialmente notturna)  
 brividi  artralgia  
 cefalea  stanchezza generale, debolezza  
 depressione  perdita di appetito o di peso  
 altro: \_\_\_\_\_  nessuna  non noto

Inizio delle manifestazioni: data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non noto

laboratorio: nome/tel: \_\_\_\_\_

motivo:  sospetto clinico  esposizione  scoperta fortuita  altro: \_\_\_\_\_

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

### Evoluzione

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

stato:  deceduto, data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Esposizione ≤ 60 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione ca. 5 - 60 giorni)

dove:  CH  estero, paese: \_\_\_\_\_  non noto

quando: data dell'esposizione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ o data dell'entrata in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non noto

come:  tramite alimenti/bevande (dettagli): \_\_\_\_\_

contatto con animale infetto: \_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_  non noto

### Osservazioni

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

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

### Medico cantonale

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

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