



# Chikungunya

## Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedire completato  
entro 24 ore al medico cantonale  
(non direttamente all'UFSP).<sup>a</sup>

### Paziente

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

via: \_\_\_\_\_ NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

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

### Diagnostica e manifestazione

manifestazioni:  febbre o febbre secondo anamnesi  artralgia  mialgia  esantema  segni emorragici  
 mal di testa  altro: \_\_\_\_\_  nessuno

inizio delle manifestazioni: data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

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

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

sieroconversione documentata:  sì  no

### Evoluzione

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

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

### Esposizione periodo d'incubazione: 3 – 12 giorni

dove: la persona ha soggiornato all'estero durante i 12 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni?  sì  no  non noto

se **sì**, paese(i) visitato(i), nell'ordine decrescente di probabilità dell'infezione:

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

se **no**, dove si è infettata il più probabilmente la persona?

luogo: \_\_\_\_\_  non noto

quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ data dell'entrata in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non nota

### Osservazioni

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

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

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

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

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