



# Coronavirus disease COVID-19

Dichiarazione di referto clinico o di referto clinico dopo il decesso entro 24h al medico cantonale e all'UFSP.<sup>a</sup>

## Paziente

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

via: \_\_\_\_\_ NPA/Luogo: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ nazionalità: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH/FL: \_\_\_\_\_

## Diagnosi

Manifestazioni:  sintomi compatibili con la COVID-19  altri sintomi  nessun sintomo

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

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

Risultato radiologico: TC compatibile con COVID-19:  sì  no

## Evoluzione

Ospedalizzazione:  sì, data del ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  no

se sì: motivo del ricovero ospedaliero:  COVID-19  altro

trattamento in terapia intensiva:  sì  no

respirazione artificiale:  sì  no

Complicanze:  Polmonite (confermata da radiografia)  ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

nessuna  altre: \_\_\_\_\_

Esito letale:  sì, data del decesso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  no

se sì: causa principale della morte<sup>b</sup>:  COVID-19  altro  non noto

Luogo della morte:  ospedale  casa di riposo e di cura  altro istituto medico-sociale: \_\_\_\_\_

altro luogo della morte: \_\_\_\_\_

## Stato vaccinale prima dell'insorgenza della malattia

Vaccinato/a contro la COVID-19:  sì  no  non noto

se sì: ultima dose ricevuta:  <6 mesi  6 - 12 mesi  >12 mesi  non noto

nome dell'ultima dose di vaccino (nome commerciale): \_\_\_\_\_

**Esposizione** Durante gli ultimi 14 giorni prima dell'inizio dell'insorgenza.

Dove: Residente in una casa di riposo o di cura o in un altro istituto medico-sociale:  sì  no

se sì: istituto (nome/tel.): \_\_\_\_\_

Attività professionale come personale medico o sanitario:  sì  no  non noto

## Fattori di rischio

Malattie preesistenti rilevante per COVID-19<sup>c</sup>:  sì  no  non noto

Immunodeficienza<sup>d</sup>:  sì  no  non noto

Gravidanza:  sì  no  non noto

## Osservazioni

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

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

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

<sup>b</sup> COVID-19 quale causa fondamentale o diretta di morte

<sup>c</sup> Informazioni sulle categorie di persone particolarmente a rischio: [Categorie-di-persone-particolarmente-a-rischio.pdf](#)

<sup>d</sup> Elenco concernente l'immunodeficienza disponibile sotto «Malattie o terapie che indeboliscono il sistema immunitario»: [Categorie-di-persone-particolarmente-a-rischio.pdf](#)