



Malattia da virus Ebola

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

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

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 acuta $\geq 38,5$ °C: ____ °C segni di emorragia

altri sintomi: _____ nessun

inizio delle
manifestazioni: data: __/__/____

laboratorio: motivo: sospetto clinico esposizione altro: _____

laboratorio di referenza CRIVE a Ginevra (<http://virologie.hug-ge.ch>)

altro laboratorio, nome/tel: _____

laboratorio informato prima

prelievo: data: __/__/____ materiale: _____ nessun laboratorio

vaccinazione sperimentale
contro l'Ebola: sì, data: __/__/____ quali: _____ no non noto

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero __/__/____ ospedale (nome,
divisione, n. tel.): _____ no

stato: decesso, data: __/__/____

Esposizione

nei 21 giorni prima dell'inizio della malattia

dove: soggiorno in zona endemica? sì no

se sì: estero paese: _____ luoghi: _____ non noto

quando: data dell'ultima partenza per l'estero: __/__/____ data del ritorno in CH: __/__/____ non noto

se no: CH luogo, regione: _____ non noto

come: in famiglia come personale medico o sanitario altri contatti: _____ non noto

quando: dal: __/__/____ al: __/__/____ non noto

viaggi dopo l'inizio delle manifestazioni: sì no non noto

se sì: viaggi in aereo? sì no data: __/__/____ ; __/__/____ non noto

Misure

paziente isolato: sì no inizio: __/__/____

persone di contatto identificate: sì no se sì, quantità: _____ ricerca non ancora cominciata

se sì: informati: sì no

in quarantena: sì no

altre misure: _____

Medico

nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): _____

Osservazioni

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

altre misure: no sì _____

data: __/__/____ firma: _____