



Escherichia coli enteroemorragica

(EHEC, VTEC, STEC)

Dichiarazione sui risultati clinici

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

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 (per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati)

manifestazioni: diarrea diarrea emorragica dolori addominali
 insufficienza renale acuta e una delle due manifestazioni seguenti:
 anemia emolitica microangiopatica
 trombocitopenia
 altro: _____ nessuno non noto

inizio delle manifestazioni: data __/__/____ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: sospetto clinico esposizione scoperta fortuita altro: _____

prelievo: data: __/__/____ materiale: feci / striscio anale altro: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: __/__/____ no non noto

stato: deceduto, data: __/__/____

Esposizione ≤ 10 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione 2-10 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto

quando: data dell'esposizione __/__/____ o data dell'entrata in CH __/__/____ non noto

come: tramite alimenti/bevande: _____

tramite contatto con paziente/portatore: _____

attraverso contatto con bestiame, escrementi di animali o oppure concime: _____ non noto

persone esposte: sì: quali: _____ quante: _____ nessuno non noto

attività professionale: _____

Osservazioni

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

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: __/__/____ firma: _____

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