



# Encefalite da zecca

## Dichiarazione sui risultati clinici

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

### 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

diagnosi:  meningite  meningoencefalite  encefalomielite  radicolite  altro: \_\_\_\_\_

manifestazioni:  nella regione del morso da zecca  influenzale  altro: \_\_\_\_\_  nessuno  non noto

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

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

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

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

antecedente infezione da Dengue/epatite c/vacc. febbre gialla:  sì, data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ quali: \_\_\_\_\_  no  non noto

### Evoluzione

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

stato:  guarito  deceduto, data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  sequele: \_\_\_\_\_  altro: \_\_\_\_\_

### Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di:  certificato di vaccinazione/cartella clinica  anamnesi

vaccinato contro la FSME:  sì, con totale: \_\_\_\_\_ Dosi  no  non noto

ultima dose nell'anno/mese: \_\_\_\_/\_\_\_\_ tipo di vaccino (marca): \_\_\_\_\_

### Esposizione

(periodo d'incubazione circa 2-28 giorni)

morso di zecca nelle 4 settimane precedenti la malattia

CH, indicazione esatta del luogo: \_\_\_\_\_  soggiorno solo nel luogo di residenza

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

data dell'esposizione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non noto

durante attività professionale

durante il servizio militare

trasfusione di sangue nelle 4 settimane precedenti la malattia, data della trasfusione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

istituto (nome, indirizzo): \_\_\_\_\_

altro

non noto

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

**Osservazioni**

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>