



Haemophilus influenzae, malattia invasiva

Dichiarazione sui risultati clinici

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

Paziente

Iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m

NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____

nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: epiglottite meningite polmonite cellulite (flemmone cutaneo) artrite

setticemia altro: _____

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

laboratorio: nome/tel.: _____

prelievo: data: __/__/____ materiale: sangue liquor altro: _____

Evoluzione

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

stato: deceduto, data: __/__/____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione medico di famiglia anamnesi

vaccinato contro i Hib: sì, con _____ dosi in totale no non noto

dose	tipo di vaccino (marca)	data:
1	_____	__/__/____
2	_____	__/__/____
3	_____	__/__/____
4	_____	__/__/____

Fattori di rischio

asplenia (anatomica / funzionale)

immunodeficienza congenita^b, quale: _____

immunodeficienza acquisita^c, quale: _____

altri, quali: _____

nessuno

non noto

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>

^b p.es.: agammaglobulinemia, deficit nelle componenti del complemento C1-C3

^c p.es.: mieloma multiplo, leucemia, trapianto