



Si prega di rispedire completato  
entro 24 ore al medico cantonale  
(no direttamente all'UFSP).<sup>a</sup>

# Epatite A

## Dichiarazione sui risultanti clinici

### Paziente

cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ sesso:  f  m  
via, n°: \_\_\_\_\_ NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_  
nazionalità: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se no CH/FL: \_\_\_\_\_

### Diagnostica e manifestazione

data della diagnosi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
manifestazioni:  ittero  transaminasi elevate  febbre  altro: \_\_\_\_\_  nessuna  no noto  
inizio delle manifestazioni: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  no noto  
laboratorio: nome, tel.: \_\_\_\_\_

### Evoluzione

ospedalizzazione:  sì  no  non noto se sì, motivo:  epatite A  altro  
complicazioni:  sì, quali: \_\_\_\_\_  nessuna  
stato:  deceduto, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ causa:  epatite A  altro  non noto

### Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

Vaccinato contro l'epatite A:  sì, numero dosi \_\_\_\_\_  no  non noto  
vaccino (nome commerciale), prima dose: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
vaccino (nome commerciale), ultima dose: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

### Esposizione

nei due mesi prima dell'inizio delle manifestazioni (periodo d'incubazione 15-50 giorni)

dove: paese: \_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_  non noto  
quando: data dell'esposizione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ O data dell'entrata: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  non noto  
come:  alimenti o bevande: \_\_\_\_\_  
 contatto con persona infetta:  in famiglia  al posto di lavoro/scuola: \_\_\_\_\_  
 altro: \_\_\_\_\_  
 contatto sessuale con persona infetta:  donna  uomo  
 droghe iniettabili  
 altro: \_\_\_\_\_  non noto  
Persone esposte:  sì  no  non noto se sì:  lavoro nel settore alimentare  famiglia  
 asilo infantile  altro: \_\_\_\_\_

attività professionale: \_\_\_\_\_

Medico nome, indirizzo, tel. o timbro: \_\_\_\_\_

date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: \_\_\_\_\_

### Medico cantonale

misure:  no  sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> I formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.baq.admin.ch/infreporting>