



# Dichiarazione dei referti di laboratorio Foglio 1

Inviare immediatamente all'UFSP e al medico cantonale.  
La trasmissione all'UFSP avviene possibilmente per via elettronica.<sup>a</sup>  
Altrimenti HIN secured a: report@hin.infreport.ch

**Dichiarare entro 2 ore il risultato pos./neg. telefonicamente**, inviare al medico cantonale e all'UFSP il formulario specifico complementare (protocollo addizionale). **Prego inviare le prove al laboratorio designato dall'UFSP.**

- Risultato eccezionale di analisi di laboratorio (valevole anche per i risultati di analisi che non devono essere dichiarati o non dichiarati entro 2 ore)
- *Bacillus anthracis* (non dichiarare risultati negativi dai prelievi nell'ambiente)
- *Clostridium botulinum* (non dichiarare botulismo da ferita o botulismo infantile)
- Influenza A(HxNy) nuovo subtipo con potenziale pandemico (non dichiarare messa in evidenza di antigeni via test rapidi)
- Coronavirus MERS / SARS
- Virus del vaiolo *Variola / Vaccinia*
- Febbri emorragiche virali che possono essere trasmesse da persona a persona (Ebola, Marburg, Crimea-Congo, Lassa)
- *Yersinia pestis*

## Dichiarare entro 24 ore

- Campylobacter spp.*  
da specificare se conosciuto: specie
- Virus della chikungunya
- Corinebatteri, produttori di tossina  
*C. diphtheriae, C. ulcerans, C. pseudotuberculosis*;  
da specificare se conosciuto: tipo;  
gene della tossina, PCR:  positivo  negativo  
tossina, Elek:  positivo  negativo
- Virus della dengue  
non dichiarare reazioni crociate evidenti
- Escherichia coli*, enteroemorragica  
EHEC, VTEC, STEC;  
da specificare se conosciuto: sierotipo, tipo di tossina
- Virus della febbre gialla<sup>b</sup>  
su richiesta dell'autorità sanitaria,  
dichiarare risultato negativo
- Virus dell'epatite A
- Aumento di referti di laboratorio: \_\_\_\_\_  
Non segnalare per nome. In "ulteriori informazioni" specificare il numero di persone, età, periodo, luogo, ecc.
- Virus dell'epatite E  
solo sequenza di genome (PCR)
- Listeria monocytogenes*<sup>c</sup>  
da specificare se conosciuto: tipo
- Legionella spp.*<sup>c</sup>
- Virus del morbillo<sup>d</sup>  
PCR (RNA):  positivo<sup>f</sup>  negativo
- Virus Mpx
- Complesso *M. tuberculosis*  
si prega di utilizzare l'apposito formulario
- Neisseria meningitidis*<sup>c, d, f</sup>  
microscopia: solo diplococchi  
gram-neg. nel liquor;  
antigene: solo nel liquor;  
da specificare se conosciuto: sierogruppo
- Virus della poliomielite<sup>b</sup>  
da specificare se conosciuto: aumento  
del titolo  $\geq 4x$  o sieroconversione
- Virus della rabbia<sup>b</sup>  
su richiesta dell'autorità sanitaria,  
dichiarare risultato negativo
- Virus della rosolia<sup>d</sup>  
PCR (RNA):  positivo<sup>f</sup>  negativo
- Salmonella spp.*  
da specificare se conosciuto: specie, tipo; Inviare tutti gli  
isolati che non appartengono al sierotipo enteritidis al  
NENT
- Shigella spp.*<sup>c</sup>  
da specificare se conosciuto: specie
- Vibrio cholerae*<sup>c</sup>  
sierotipo, accertamento della tossina
- West-Nile-Virus (WNV)<sup>b</sup>  
specificare se conosciuto: differenziazione WNV/Kunjin,  
indicazione sulla provenienza (I oppure II) se WNV
- Virus Zika<sup>e</sup>

## Diagnosi di laboratorio

data del prelievo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
giorno mese anno

data della prova/data del test: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
giorno mese anno

materiale d'esame: \_\_\_\_\_

## Specie, tipo, interpretazione ed ulteriori informazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## metodo/i analitico/i con risultato positivo:

- coltura/isolato
- microscopia
- sequenza di genome (DNA/RNA)
- tossina
- antigene
- sierologia/anticorpi  sieroconversione
- IgM
- IgG  aumento del titolo  $\geq 4x$
- altro: \_\_\_\_\_

## Paziente

in caso di *Campylobacter spp.* e West-Nile-Virus, indicare le iniziali

iniziale cognome: \_\_\_\_ iniziale nome: \_\_\_\_

altrimenti indicare nome completo + via

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

via e numero: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso:  f  m

NAP/luogo di residenza: \_\_\_\_\_

cantone: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

## Medico mandante

nome, indirizzo, tel., istituzione, reparto:

## Laboratorio dichiarante

nome, indirizzo, tel. (o timbro):

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Informazioni sulla dichiarazione di malattie infettive: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> I campioni vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

<sup>c</sup> Gli isolati vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

<sup>d</sup> Solo a partire da materiale normalmente sterile (come p. es. sangue, liquido cefalorachidiano, liquido articolare, niente urina)

<sup>e</sup> I campioni prelevati da donne incinte vanno inoltrati a un centro di riferimento indicato dall'UFSP

<sup>f</sup> I campioni con risultato positivo di PCR vanno inoltrati a un centro di riferimento indicato dall'UFSP

<sup>g</sup> In caso di altri risultati, dichiarare come «metodo analitico con risultato positivo»



## Dichiarazione dei referti di laboratorio Foglio 2

Entro 1 settimana inviare all'UFSP e al medico cantonale.  
La trasmissione all'UFSP avviene possibilmente per via elettronica.<sup>a</sup>  
Altrimenti HIN secured a: report@hin.infreport.ch

### Dichiarare entro una settimana

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Brucella spp.</b><br>specificare se conosciuto: specie  | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite B <sup>f</sup><br><input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM <input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> HBe Ag     | <input type="checkbox"/> Prioni <sup>e</sup><br><input type="checkbox"/> istologia <input type="checkbox"/> messa in evidenza della PrP <sup>SC</sup><br><input type="checkbox"/> proteina 14-3-3 nel liquor in caso di sospetto di CJD |
| <input type="checkbox"/> <b>Chlamydia trachomatis</b><br>dichiarare soltanto i risultati dei campioni del tratto genitale; specificazione del tipo non è necessaria   | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite C <sup>f</sup><br><input type="checkbox"/> anti-HCV con test di conferma positivo<br><input type="checkbox"/> antigene core | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <sup>g</sup><br>PCR (RNA): <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo  |
| <input type="checkbox"/> <b>Coxiella burnetii</b><br>solo infezione acuta; in caso di S = per favore dati sulle IgG e IgM specifici contro gli antigeni della fase II | <input type="checkbox"/> HIV<br>si prega di utilizzare l'apposito formulario  | <input type="checkbox"/> <b>Streptococcus pneumoniae</b> <sup>c, d</sup><br>specificare se conosciuto: tipo   |
| <input type="checkbox"/> Enterobatteriacee produttrici <sup>b</sup> di carbapenemasi  | <input type="checkbox"/> Virus dell'influenza, stagionale<br>specificare se conosciuto: tipo e sottotipo  | <input type="checkbox"/> <b>Treponema pallidum</b><br>Non riempire nessun metodo di individuazione. Il solo test VDRL/RPR positivo o accompagnato dal test specifico negativo (TPHA/TPPA, anticorpi FTA) non deve essere dichiarato.    |
| <input type="checkbox"/> <b>Francisella tularensis</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Neisseria gonorrhoeae</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Trichinella spiralis</b><br>specificare se conosciuto: specie   |
| <input type="checkbox"/> <b>Haemophilus influenzae</b> <sup>d</sup><br>specificare se conosciuto: tipo  | <input type="checkbox"/> <b>Plasmodium spp.</b><br>specificare se conosciuto: specie  | <input type="checkbox"/> Virus dell'encefalite da zecche  |
| <input type="checkbox"/> Infezioni da hantavirus<br>specificare se conosciuto: tipo   |   |   |

### Diagnosi di laboratorio

data del prelievo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
giorno mese anno

data della prova/data del test: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
giorno mese anno

materiale d'esame: \_\_\_\_\_

### Specie, tipo, interpretazione ed ulteriori informazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### metodo/i analitico/i con risultato positivo:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> coltura/isolato              | <input type="checkbox"/> microscopia   |
| <input type="checkbox"/> sequenza di genoma (DNA/RNA) | <input type="checkbox"/> tossina   |
| <input type="checkbox"/> antigene                     |  |
| sierologia/anticorpi                                  | <input type="checkbox"/> sieroconversione  |
|   | <input type="checkbox"/> IgM   |
|   | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> aumento del titolo $\geq 4x$ |
| <input type="checkbox"/> altro: _____                 |  |

### Paziente

in caso di *Coxiella burnetii*, CPE, HBV, HCV, Prioni + SARS-CoV-2 indicare **nome completo + via**

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

via e numero: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso:  f  m

NAP/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

### Medico mandante

nome, indirizzo, tel., istituzione, reparto:

### Laboratorio dichiarante

nome, indirizzo, tel. (o timbro):

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Informazioni sulla dichiarazione di malattie infettive: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> I campioni vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

<sup>c</sup> Gli isolati vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

<sup>d</sup> Solo a partire da materiale normalmente sterile (come p. es. sangue, liquido cefalorachidiano, liquido articolare; *niente* urina)

<sup>e</sup> In caso di sospetto di vCJK, inviare il prelievo al laboratorio designato dall'UFSP

<sup>f</sup> In caso di risultato positivo della PCR, dichiarare come «sequenza di genoma (DNA/RNA)»

<sup>g</sup> In caso di altri risultati, dichiarare come «metodo analitico con risultato positivo»