



Dichiarazione dei referti di laboratorio Foglio 1

Inviare immediatamente all'UFSP e al medico cantonale.
La trasmissione all'UFSP avviene possibilmente per via elettronica.^a
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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Virus del vaiolo delle scimmie | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite A | <input type="checkbox"/> Virus della rabbia ^b
su richiesta dell'autorità sanitaria,
dichiarare risultato negativo |
| <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter spp.</i>
da specificare se conosciuto: specie | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite E
solo sequenza di genome (PCR) | <input type="checkbox"/> Virus della rosolia ^{f, g}
da specificare se conosciuto:
avidità-IgG, persistenza di IgG per
i più di 6 mesi di età |
| <input type="checkbox"/> Virus della chikungunya | <input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> ^c
da specificare se conosciuto: tipo | <input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i>
da specificare se conosciuto: specie, tipo;
Inviare tutti gli isolati che non appartengono
al sierotipo enteritidis al NENT |
| <input type="checkbox"/> Corinebatteri, produttori di tossina
<i>C. diphtheriae</i> , <i>C. ulcerans</i> , <i>C. pseudo tuberculosis</i> ;
da specificare se conosciuto: tipo;
gene della tossina, PCR: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo
tossina, Elek: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo | <input type="checkbox"/> Virus del morbillo ⁹
PCR (RNA): <input type="checkbox"/> positivo ^f <input type="checkbox"/> negativo | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 ^g
PCR (RNA): <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo |
| <input type="checkbox"/> Virus della dengue
non dichiarare reazioni crociate evidenti | <input type="checkbox"/> Complesso <i>M. tuberculosis</i>
si prega di utilizzare l'apposito formulario | <input type="checkbox"/> <i>Shigella spp.</i>
da specificare se conosciuto: specie |
| <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> , enteroemorragica ^b
EHEC, VTEC, STEC;
da specificare se conosciuto: sierotipo, tipo di tossina | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> ^{c, d, f}
microscopia: solo diplococchi gram-neg.
nel liquor;
antigene: solo nel liquor;
da specificare se conosciuto: sierogruppo | <input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> ^c
sierotipo, accertamento della tossina |
| <input type="checkbox"/> Virus della febbre gialla ^b
su richiesta dell'autorità sanitaria,
dichiarare risultato negativo | <input type="checkbox"/> Virus della poliomielite ^b
da specificare se conosciuto: aumento
del titolo ≥4x o sieroconversione | <input type="checkbox"/> West-Nile-Virus (WNV) ^b
specificare se conosciuto: differenziazione WNV/Kunjin,
indicazione sulla provenienza (I oppure II) se WNV |
| <input type="checkbox"/> Aumento di referti di laboratorio: _____
Non segnalare per nome. In "ulteriori informazioni" specificare il numero di persone, età, periodo, luogo, ecc. | | <input type="checkbox"/> Virus Zika ^e |

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 genome (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 ≥4x |
| <input type="checkbox"/> 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: _____

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

^b i campioni vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

^c gli isolati vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

^d solo a partire da materiale normalmente sterile (come p. es. sangue, liquido cefalorachidiano, liquido articolare, niente urina)

^e i campioni prelevati da donne incinte vanno inoltrati a un centro di riferimento indicato dall'UFSP

^f i campioni con risultato positivo di PCR vanno inoltrati a un centro di riferimento indicato dall'UFSP

^g 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.^a
Altrimenti HIN secured a: report@hin.infreport.ch

Dichiarare entro una settimana

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brucella spp.
specificare se conosciuto: specie | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite B ^f
<input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM <input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> HBe Ag | <input type="checkbox"/> Prioni ^e
<input type="checkbox"/> istologia <input type="checkbox"/> messa in evidenza della PrP ^{Sc}
<input type="checkbox"/> proteina 14-3-3 nel liquor in caso di sospetto di CJD |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis
dichiarare soltanto i risultati dei campioni del tratto genitale; specificazione del tipo non è necessaria | <input type="checkbox"/> Virus dell'epatite C ^f
<input type="checkbox"/> anti-HCV con test di conferma positivo
<input type="checkbox"/> antigene core | <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae ^{c, d}
specificare se conosciuto: tipo |
| <input type="checkbox"/> Coxiella burnetii
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
si prega di utilizzare l'apposito formulario | <input type="checkbox"/> Treponema pallidum
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"/> Enterobatteriacee produttrici ^b di carbapenemasi
specificare se conosciuto: specie, genotipo e altre resistenze | <input type="checkbox"/> Virus dell'influenza, stagionale
specificare se conosciuto: tipo e sottotipo | <input type="checkbox"/> Trichinella spiralis
specificare se conosciuto: specie |
| <input type="checkbox"/> Francisella tularensis | <input type="checkbox"/> Legionella spp. ^c | <input type="checkbox"/> Virus dell'encefalite da zecche |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae ^d
specificare se conosciuto: tipo | <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae | |
| <input type="checkbox"/> Infezioni da hantavirus
specificare se conosciuto: tipo | <input type="checkbox"/> Plasmodium spp.
specificare se conosciuto: specie | |

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*, HBV, HCV, *Legionella spp.* e Prioni, 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: _____

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

^b i campioni vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

^c gli isolati vanno inoltrati al centro di riferimento indicato dall'UFSP

^d solo a partire da materiale normalmente sterile (come p. es. sangue, liquido cefalorachidiano, liquido articolare; *niente* urina)

^e in caso di sospetto di vCJK, inviare il prelievo al laboratorio designato dall'UFSP

^f in caso di risultato positivo della PCR, dichiarare come «sequenza di genoma (DNA/RNA)»