



Si prega di rispedire completato
entro 24 ore al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Legionellosi

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ___/___/_____ sesso: f m

via: _____ NPA/ luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____

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

Diagnostica e manifestazione

diagnosi: polmonite da Legionella: sì no, altro: _____

fattori di rischio: abuso di tabacco immunosoppressione carcinoma/emopatia diabete
 altro: _____ nessuno non noto

inizio della manifestazione: data: ___/___/_____ non noto

test rapido: antigene urinario: positivo negativo

laboratorio: nome/tel.: _____

prelievo: data: ___/___/_____ materiale: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero: ___/___/_____ no non noto

stato: deceduto, data: ___/___/_____

Esposizione segnare i luoghi nei quali il paziente si è trattenuto o le installazioni alle quali si è esposto nei **14 giorni** precedenti l'apparizione della malattia. Completare quindi la tabella aggiungendo il numero corrispondente (indicato tra parentesi).

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> posto di lavoro (n° 1) | <input type="checkbox"/> casa di riposo (n° 6) | <input type="checkbox"/> torre di raffreddamento (n° 15) |
| <input type="checkbox"/> albergo ^b (n° 2) | <input type="checkbox"/> bagno (n° 9) | <input type="checkbox"/> impianto di autolavaggio (n° 16) |
| <input type="checkbox"/> camping ^b (n° 3) | <input type="checkbox"/> dentista (n° 10) | <input type="checkbox"/> sistemi d'irrigazione/nebulizzatori (n° 17) |
| <input type="checkbox"/> residenza secondaria ^b (n° 4) | <input type="checkbox"/> umidificatore (n° 11) | <input type="checkbox"/> lavori sanitari (n° 18) |
| <input type="checkbox"/> ospedale: | <input type="checkbox"/> apparecchio d'inalazione (n° 12) | <input type="checkbox"/> lavori con terriccio (n° 19) |
| <input type="checkbox"/> come paziente (n° 5a) | <input type="checkbox"/> fontana ornamentale (n° 14) | <input type="checkbox"/> altro (p.es. associazioni sportive, docce scolastiche (n° 20): _____) |
| <input type="checkbox"/> come visitatore (n° 5b) | | <input type="checkbox"/> apparecchiatura per CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (n° 21) |
| <input type="checkbox"/> non noto | | |

N°	Data	Luogo/nome dello stabilimento	Indirizzo esatto
	dal ___/___/_____	_____	via: _____ n°: _____
	al ___/___/_____		località: _____ nazione: _____
	dal ___/___/_____	_____	via: _____ n°: _____
	al ___/___/_____		località: _____ nazione: _____

altri casi conosciuti? sì, quali: _____ quanti: _____ no non noto

Medico: cognome, indirizzo, tel. o timbro: _____

Osservazioni

data: ___/___/_____ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: ___/___/_____ firma: _____

^a i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b se il viaggio comporta diverse tappe, indicare i dettagli del percorso (località, alberghi, date).