



Si prega di rispedire completato
entro 24 ore al medico cantona-
le (no direttamente all'UFSP).^a

Listeriosi

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ___/___/___ sesso: f m
via, n°: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____
nazionalità: _____ paese di residenza, se non CH/FL: _____

Diagnostica e manifestazione per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati

manifestazioni: tra **persone adulte** (salvo donne incinte) e **bambino** (di più di un mese)
 febbre meningite o meningoccefalite setticemia
 infezioni localizzate (p.es. artrite, endocardite): _____
 altro: _____ nessuno non noto

durante la **gravidanza**
 aborto, aborto spontaneo, nato morto prematuro, settimana di gravidanza: _____
 altro: _____ nessuno non noto

tra i **neonati** (di meno di un mese)
 granulomatosi settica infantile meningite o meningoccefalite
 setticemia dispnea ferite della pelle, delle mucose o della congiuntiva
 altro: _____ nessuno non noto

inizio delle manifestazioni: data: ___/___/___ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
prelievo: data: ___/___/___ materiale: _____

Evoluzione

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

Osservazioni

Medico nome, indirizzo, tel. o timbro

data: ___/___/___ firma: _____

Medico cantonale

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

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