



Malaria

Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di rispedire completato
entro 7 giorni al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Paziente

Iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: ___/___/____ sesso: f m
NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ paese di residenza, se non CH: _____
nazionalità: CH altro: _____ paese di origine^b: CH altro: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: febbre o febbre secondo anamnesi
inizio delle manifestazioni: data: ___/___/____ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
prelievo: data: ___/___/____
metodo: microscopico test rapido altro: _____
motivo: sospetto clinico esposizione reperto occasionale
risultato: *P. falciparum* *P. vivax* *P. ovale* *P. malariae* Plasmodium senza tipizzazione parassitemia: ____ %

Evoluzione

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

Esposizione ≤12 mesi prima dell'inizio della malattia

prima della diagnosi, la persona ha soggiornato in una zona endemica conosciuta? sì no non noto

se sì, indicare i paesi visitati ordinati secondo la più alta probabilità di infezione:

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

durata del soggiorno nella zona malarica (totale paese 1+2+3): ____ giorni data della partenza dalla zona malarica: ___/___/____

prima del viaggio la persona si è informata presso un medico o un centro di consulenza? sì no non noto

in caso negativo, indicate la possibile origine dell'infezione:

soggiorno più di 12 mesi prima della diagnosi in una zona malarica, dove esattamente: _____
 malaria congenitale malaria indotta (p.es. trasfusione) malaria importata (p.es. malaria d'aeroporto)

categoria di rischio più probabile per la malaria (una risposta possibile):

turista immigrante (tutte le categorie, incluso adozione)
 visita presso familiari/amici altro: _____
 esercizio della professione (p.es. viaggio di ufficio) non noto

Osservazioni

Medico nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): _____

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 paziente o i suoi genitori sono immigrati in Svizzera, indicate il paese di origine