



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

Morbillo

Dichiarazione complementare

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data dell'entrata: __/__/____ data d'uscita: __/__/____ no
motivo: _____ ricovero in cure intensive: sì, numero di giorni: _____

complicazioni: polmonite encefalite otite media altre: _____ nessuna

stato: guarito / in convalescenza decesso, data: __/__/____
 conseguenze, quali: _____

Fattori di rischio

- non noto
 immunodeficienza / immunodepressione
 gravidanza in corso

Osservazioni

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

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

data: __/__/____ firma: _____

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