



MERS - Coronavirus

Dichiarazione sui risultati clinici

Si prega di completare e
rispedire a giro di posta all'UFSP
e al medico cantonale.^a
Fax UFSP: +41 58 463 87 77

Paziente

Cognome/nome: _____ data di nascita: ___/___/___ sesso: f m
 indirizzo: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____
 Nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

Manifestazioni: febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ tosse difficoltà di respiro pneumonia (conferma radiografica)
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) altri sintomi: _____
 Inizio delle manifestazioni: ___/___/___
 Laboratorio: laboratorio di referenza CRIVE a Ginevra (<http://virologie.hug-ge.ch>)
 altro laboratorio, nome/tel: _____
 laboratorio informato prima data del prelievo: ___/___/___ nessun laboratorio

Evoluzione

Ospedalizzazione: sì, data del ricovero ___/___/___ no non noto
 Decesso: sì, data del decesso: ___/___/___

Esposizione

14 giorni prima dell'inizio della malattia
 Dove: CH estero, paese: _____ non noto
 Quando: dal ___/___/___ al ___/___/___ non noto
 Come: contatto con persona sospetta d'infezione al MERS-CoV: sì no non noto
 se sì, in famiglia come personale medico o sanitario
 altri contatti: _____
 contatti con dromedari o prodotti derivati: sì no non noto
 Viaggi dopo inizio delle manifestazioni: sì no non noto
 Se sì: compagnia aerea: _____ no. di volo: _____ partenza: luogo / data / ora _____ arrivo: luogo / data / ora _____ sedile no. _____

Attività professionale: _____

Misure

Paziente isolato: sì no se sì: in ospedale a casa inizio: ___/___/___
 Contatti identificati: sì no se sì, quantità: _____
 informati: sì no
 in quarantena: sì no

Altre misure: _____

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>