



Protocollo di una prima dichiarazione telefonica*

*Da riempire in caso di sospetto di antrace, di botulismo, di vaiolo, di peste, di influenza A (HxNy) nuovo sotto-tipo, di SARS, di febbri emorragiche virali (FEV) o risultato eccezionale di analisi cliniche.

Questo protocollo deve essere riempito dal medico cantonale (eccezionalmente anche dall'UFSP). Bisogna assicurare che l'UFSP riceva la dichiarazione nelle 2 ore che seguono la constatazione del sospetto, rispettivamente del risultato (copia per fax al numero 058 463 87 77).

Simboli: ?=sconosciuto; MO= medico ospedaliero; MC= medico cantonale

Paziente

cognome, nome: _____ data di nascita: __/__/____
 sesso: f m attività professionale: _____ tel.: _____
 nazionalità: CH altra: _____ domicilio: CH altro: _____
 se CH: _____ indirizzo di domicilio: _____ cantone: _____

Diagnosi di sospetto (conformemente alla definizione di caso dell'UFSP)

altre forme:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> antrace (carbonchio) | <input type="checkbox"/> forma cutanea | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> botulismo | <input type="checkbox"/> botulismo alimentare | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> febbri emorragiche virali | <input type="checkbox"/> Lassa | <input type="checkbox"/> Ebola |
| | <input type="checkbox"/> Marburg | <input type="checkbox"/> Congo-Crimea |
| <input type="checkbox"/> peste | <input type="checkbox"/> peste polmonare | <input type="checkbox"/> peste bubbonica |
| <input type="checkbox"/> influenza A(HxNy) | | |
| <input type="checkbox"/> SARS | | |
| <input type="checkbox"/> vaiolo | | |
| <input type="checkbox"/> Risultato eccezionale di analisi cliniche: _____ | | |

infeziologo/a consultato/a: _____ tel.: _____

Esposizione (conformemente ai criteri di dichiarazione dell'UFSP)

- ospedale/studio medico laboratorio viaggio
 azienda agricola, mercato degli animali, studio veterinario altra: _____
 paese/luogo dell'esposizione: _____

Misure immediate

paziente

se no, saranno eseguite da^a:

ospedale (nome, tel., fax) _____
 isolamento del/la paziente effettuato? sì no MC MO _____
 trattamento specifico iniziato? sì no ? MC MO _____

Diagnosi

laboratorio (nome, tel., fax) _____
 laboratorio preinformato? sì no MC MO _____

Prevenzione di altri casi

misure di protezione del personale medico? sì no MC MO _____
 se sì quali? _____

misure di protezione delle persone entrate in contatto?

- | | | |
|--|---|--|
| - contatti identificati | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> _____ |
| - contatti informati | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> _____ |
| - profilassi somministrata | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> _____ |
| - quarantena preventiva | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> _____ |
| - assistenza medica garantita | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> _____ |
| disinfezione e decontaminazione dell'ambiente? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> _____ |

Commenti

persona responsabile della dichiarazione _____ firma _____