



Rosolia congenita

Dichiarazione complementare

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

Foglio 1: DONNA INCINTA / MADRE

Dati sulla la DONNA INCINTA o la MADRE (vedi sul retro per il bambino)

Cognome/nome: _____ data di nascita: ___/___/___
Via, n°: _____ NPA/domicilio: _____ cantone: _____ n° tel.: _____
Nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

Comparsa della rosolia (eruzioni o diagnosi di laboratorio) durante la _____ settimana di gravidanza

Sierologia della rosolia prima della gravidanza (IgG):

sì, risultato: _____ data: ___/___/___ no non noto

Durante la gravidanza e il parto:

Analisi 1: laboratorio (nome / n° tel.): _____
data prelievo: ___/___/___ materiale: _____ risultato: _____

Analisi 2: laboratorio (nome / n° tel.): _____
data prelievo: ___/___/___ materiale: _____ risultato: _____

Analisi 3: laboratorio (nome / n° tel.): _____
data prelievo: ___/___/___ materiale: _____ risultato: _____

Evoluzione

Conseguenze: aborto interruzione di gravidanza embriopatia nessuna ancora incerta

Osservazioni

Per il bambino, si prega di completare in ogni caso (anche se la rosolia non gli è confermata da un esame di laboratorio) il questionario complementare sul verso. In caso di bisogno, grazie di contattare il pediatra o di comunicarci i suoi dati.

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

Data: ___/___/___ firma: _____

Medico cantonale

Data: ___/___/___ firma: _____

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



Rosolia congenita

Dichiarazione complementare

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

Foglio 2: BAMBINO

Dati sul BAMBINO^b / compreso NATO MORTO (vedi sul retro per la donna incinta / madre)

Cognome/nome: _____ data di nascita: ___/___/___ sesso: f m

Via: _____ NPA/domicilio: _____ cantone: _____ n° tel.: _____

Nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Alla nascita: Età di gestazione: _____ settimane peso: _____ g lunghezza: _____ cm perimetro del cranio: _____ cm

Diagnostica e manifestazione

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> cataratta | <input type="checkbox"/> glaucoma congenito | <input type="checkbox"/> embriopatia |
| <input type="checkbox"/> handicap dell'udito | <input type="checkbox"/> retinopatia pigmentare | <input type="checkbox"/> purpura |
| <input type="checkbox"/> hepatomegalia ou splenomegalia | <input type="checkbox"/> microcefalia | <input type="checkbox"/> ritardo mentale |
| <input type="checkbox"/> meningoencefalite | <input type="checkbox"/> lesioni ossee metafisi | <input type="checkbox"/> inizio ittero entro 24 ore dopo la nascita |
| <input type="checkbox"/> altri: _____ | | <input type="checkbox"/> nessuna |

Analisi 1: laboratorio (nome / n° tel.): _____

data prelievo: ___/___/___ materiale: _____ risultato: _____

Analisi 2: laboratorio (nome / n° tel.): _____

data prelievo: ___/___/___ materiale: _____ risultato: _____

Analisi 3: laboratorio (nome / n° tel.): _____

data prelievo: ___/___/___ materiale: _____ risultato: _____

Evoluzione

Decesso: sì, data del decesso: ___/___/___ causa: _____ no non noto

Autopsia: sì

Osservazioni

Per la madre di questo bambino, si prega di completare in ogni caso (anche se una rosolia durante la gravidanza non ha potuto essere messa in evidenza) il questionario complementare sul retro.
Se necessario, grazie di contattare il ginecologo/medico generalista, oppure comunicarci i suoi dati personali.

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

Data: ___/___/___ firma: _____

Medico cantonale

Data: ___/___/___ firma: _____

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

^b da completare per ogni neonato nato da madre stata affetta da rosolia confermata durante la gravidanza, in caso di infezione da rosolia confermata in un neonato, come in caso di sospetto di rosolia congenita