



Si prega di rispedire completato
entro 24 ore al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Rosolia

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m
via, n°: _____ NPA/ luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____
nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

rosolia congenita: questa dichiarazione concerne una donna incinta o che ha appena partorito. Se sì, completare il formulario complementare per il risultato clinico della rosolia **al termine della gravidanza**.
presunta data del termine: __/__/____
 questa dichiarazione concerne un caso (o sospetto) di rosolia congenita di un neonato o un infante. Se sì, completare il **formulario complementare per il risultato clinico della rosolia**.

manifestazioni: esantema acuto generalizzato maculo-papulare; inizio dell'esantema^b: __/__/____ inizio sconosciuto
 adenopatia (cervicale, suboccipitale o postauricolare) artralgia/artrite
 altro: _____ nessuna

laboratorio: nome/tel.: _____
motivo: sospetto clinico esposizione valutazione dello stato immunitario

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data dell'entrata: __/__/____ no non noto

complicazioni: sì, quali: _____ nessuna

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

in base a: certificato di vaccinazione/cartella clinica anamnesi

vaccinato contro la rosolia: sì, numero dosi: _____ no non noto

1^a dose, vaccino (nome commerciale): _____ data: __/__/____

2^a dose, vaccino (nome commerciale): _____ data: __/__/____

Esposizione

entro 14-21 giorni prima dell'inizio dell'esantema

dove: CH estero, paese: _____ luogo (anche per la CH): _____ non noto

quando: data dell'esposizione: __/__/____ non noto

soggiorno all'estero (o in Svizzera per gli stranieri), inizio: __/__/____ fine: __/__/____

come: asilo nido scuola famiglia altro: _____ non noto

in rapporto epidemiologico con un caso confermato dal laboratorio: sì no non noto

altri casi di rosolia negli immediati paraggi: sì, quali: _____ quanti: _____ no 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 oppure inizio di altri sintomi in assenza di esantema