Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Unità di direzione sanità pubblica

2022 lasciare libero

Sifilide

Dichiarazione sui risultati clinici

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

Paziente

Iniziale cognome: ____ iniziale nome: ____ data di nascita: ___/___/_____ genere: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)[b] ☐ trans (FtM)[b] ☐ VSS[b]

NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____

nazionalità: ☐ CH ☐ altra: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

Valutazione del caso: selezionare solo **1** variante

☐ **inizio di una cura medica contro la sifilide** (nuovo episodio di malattia non ancora dichiarato, non dichiarare trattamenti profilattici di partner)[c]
→ si prega di compilare questo questionario INTERAMENTE

☐ **controlli dell'evoluzione** (e se l'episodio di malattia è già stato dichiarato)
→ si prega di spedire questo formulario direttamente al medico cantonale SENZA compilare il resto

☐ **cicatrice sierologica** (infezione precedente, nessune sifilide attiva)
→ si prega di spedire questo formulario direttamente al medico cantonale SENZA compilare il resto

stadio:

☐ sifilide primaria luogo della lesione primaria: ☐ genitale ☐ perianale ☐ cavità boccale ☐ altro: _____ ☐ non noto

☐ sifilide secondaria

☐ fase di latenza precoce (≤ di un anno dopo l'infezione iniziale)

☐ fase di latenza tardiva (> di un anno dopo l'infezione iniziale)

☐ sifilide terziara sintomo principale: _____

☐ non noto

inizio dei sintomi: ___/___/_____ ☐ con sintomi accompagnatori neurologici

motivo per consultazione: ☐ sintomi ☐ esposizione ☐ checkup individuale[d] ☐ screening[e]
☐ altro: _____

esiste una gravidanza? ☐ sì ☐ no ☐ aborto in seguito a una infezione sifilitica

Esposizione (dal punto di vista medico si prega di indicare la possibilità più probabile)

dove: ☐ CH, luogo: _____ ☐ straniero, paese: _____ ☐ non noto

come (via di trasmissione): ☐ contatto sessuale con: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)[b] ☐ trans (FtM)[b] ☐ VSS[b]

☐ altro modo di trasmissione (p. es. congenito): _____ ☐ non esplorabile

nel caso di trasmissione sessuale, modo di legame:

☐ partner anonimo ☐ partner conosciuto ☐ sesso a pagamento ☐ non esplorabile

precedente syphilis: ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Misure (raccomandate per IST[f])

è mai stato eseguito un test HIV?[g] ☐ sì ☐ no ☐ non noto

i partner sessuali sono stati informati sulla diagnosi di sifilide? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

è stato ordinato Il trattamento contro sifilide per i partner sessuali? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Medico nome, indirizzo, tel., (o timbro) **Osservazioni**

data: ___/___/_____ firma: _____

☐ in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: _____

Medico cantonale nome, indirizzo, tel., (o timbro)

data: ___/___/_____ firma: _____

[a] i formulari attuali possono essere scaricati da https://www.bag.admin.ch/infreporting
[b] MtE= sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario. VSS= variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).
[c] Nessuna dichiarazione di trattamenti che non sono indicati retrospettivamente
[d] testi individuali, p.es. MSM, persone >45 anni nel contesto di un checkup per la salute, ecc.
[e] esami di prevenzione o esami di gruppo per donne incinte, reclute, donatori di sangue oppure partecipanti ad uno studio
[f] IST: infezione sessualmente trasmissibile
[g] persone con una infezione sessuale trasmissibile dovrebbero essere testate per HIV

Ufficiale