



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 a seguito di una sospetta non risposta al trattamento iniziale, o trattamenti profilattici di partner)^c
→ si prega di compilare questo questionario **INTERAMENTE**

controlli dell'evoluzione (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, nessuna 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 terziaria sintomo principale: _____

non noto

inizio dei sintomi: ___/___/____ con sintomi accompagnatori neurologici

laboratorio: data di prelievo: ___/___/____

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 sifilide trattata e curata: 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 MtF= 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