



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

Tetano

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

Iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m
NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____
nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione (se non si tratta di tetano, ritornare il questionario senza riempirlo)

diagnosi: tetano da ferita tetano dei neonati altro: _____
manifestazioni: non noto opistotono trisma altro: _____
inizio delle manifestazioni: data: __/__/____ non noto

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero __/__/____ data d'uscita __/__/____ no non noto
stato: deceduto: data: __/__/____
antitossina: sì, data dell'inizio: __/__/____ n. dosi: _____ no non noto
antibiotici: sì, data dell'inizio: __/__/____ prodotto: _____ no non noto

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione anamnesi
vaccinato contro il tetano: sì, con _____ dosi in totale no non noto
1^a dose, data __/__/____ tipo di vaccino (marca) _____
2^a dose, data __/__/____ tipo di vaccino (marca) _____
3^a dose, data __/__/____ tipo di vaccino (marca) _____
ultima dose, data __/__/____ tipo di vaccino (marca) _____

Esposizione <4 settimane prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione 3-21 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto
quando: data dell'esposizione: __/__/____ o data dell'entrata in CH: __/__/____ non noto
come: ferita: tipo, localizzazione: _____ non noto
 neonato: stato vaccinicco e parità della madre, luogo dove è avvenuto il parto: _____
 altro: _____
attività professionale: _____

Osservazioni

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

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: __/__/____ firma: _____