



Rabbia

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

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

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: encefalomielite acuta delirio crisi epilettiche condizioni di paura/ansia
 parestesia nella sede del morso spasmo alla deglutizione idrofobia paresi o paralisi

inizio delle manifestazioni: data: __/__/____ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____

prelievo data: __/__/____ materiale: _____

risultato^b test IF: pos. neg. non noto

istologia: pos. neg. non noto

virus in coltura, materiale: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero __/__/____ data d'uscita __/__/____ no non noto

stato: deceduto: data: __/__/____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione anamnesi

vaccinato contro la rabbia: sì, con ____ dosi in totale no non noto somministrazione di immunoglobuline

ultima dose nell'anno/mese ____/____ tipo di vaccino (marca): _____

profilassi postesposizionale sì, inizio il: __/__/____ attiva passiva non noto

Esposizione

≤1 anno prima dell'inizio della manifestazione (periodo d'incubazione 30-365 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto

quando: data dell'esposizione: __/__/____ o data dell'entrata in CH: __/__/____ non noto

come: da animale a persona: _____

da persona a persona: _____

non noto

persone esposte: sì, quali: _____ quante: ____ no non noto

elencare p.f. nomi e indirizzi delle persone esposte a lei note:

Osservazioni

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

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

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