



# Tifo addominale / paratifo

Dichiarazione sui risultati clinici

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

## Paziente

cognome/nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sesso:  f  m

via, n°: \_\_\_\_\_ NAP/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

nazionalità:  CH  altro: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

## Diagnostica e manifestazione

diagnosi:  tifo addominale  paratifo  portatore, dal mese/anno: \_\_\_/\_\_\_

manifestazione:  febbre continua  cefalea  bradicardia relativa  
 tosse secca  diarrea, costipazione, malessere o dolori addominali  
 altro: \_\_\_\_\_  nessuno  non noto

inizio delle manifestazioni: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_

motivo:  sospetto clinico  esposizione  scoperta fortuita  altro: \_\_\_\_\_

prelievo: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_

## Evoluzione

ospedalizzazione:  sì, data del ricovero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  nessuno  non noto

stato:  deceduto, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di:  certificato di vaccinazione/cartella clinica  anamnesi

vaccinato contro il S. typhi:  sì, con \_\_\_ dosi in totale  no  non noto

ultima dose nel mese/anno: \_\_\_/\_\_\_ tipo di vaccino (marca): \_\_\_\_\_

## Esposizione

<60 giorni prima dell'inizio della manifestazione (periodo d'incubazione S. Typhi 3-60 giorni, generalmente 8-14 giorni; S. Paratyphi 1-10 giorni)

dove:  CH  estero, paese: \_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_  non noto

quando: data dell'esposizione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ O data dell'entrata in CH: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non noto

come:  tramite alimenti o bevande: \_\_\_\_\_

tramite contatti con paziente / portatore: \_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_  non noto

persone esposte:  sì, quali: \_\_\_\_\_ quante: \_\_\_  nessuna  non noto

attività professionale: \_\_\_\_\_

## Osservazioni

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

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

## Medico cantonale

misure:  no  sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>