



Tifo addominale / paratifo

Dichiarazione sui risultati clinici

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

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: _____

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