



Febbri emorragiche virali

Dichiarazione sui risultati clinici
in complemento alla dichiarazione telefonica che
deve essere fatta entro 2 ore

Si prega di completare e
rispedire a giro di posta all'UFSP
e al medico cantonale.^a
Fax UFSP: +41 58 463 87 77

trasmissione uomo/uomo

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m

indirizzo: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: ____ tel.: _____

nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

diagnosi: ebola (*si prega di utilizzare l'apposito formulario*) Marburg Crimea-Congo Lassa

altri virus d'arena: _____

manifestazioni: segni emorragici febbre fino a ____°C

altro: _____ nessuno

inizio delle manifestazioni: data: __/__/____

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: sospetto clinico esposizione altro: _____

prelievo: data: __/__/____ materiale: _____

risultato: virus accertato in coltura ricerca genoma pos. sieroconversione

Evoluzione

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

stato: deceduto, data: __/__/____

Esposizione ≤ 3 settimane prima dell'inizio della malattia

prima della diagnosi, la persona ha soggiornato in una zona endemica conosciuta? sì no non noto

se sì: estero paese: _____ località: _____ non noto

quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: __/__/____ data del ritorno in CH: __/__/____ non noto

se no: CH zona: _____ località: _____ non noto

come: contatto con pazienti soggiorno in zone rurali altro: _____ non noto

persone esposte: sì: quali: _____ quante: ____ nessuno non noto

Osservazioni sulle misure prese

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

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

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