



Infezione da virus Zika

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
 indirizzo: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____
 nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: esantema febbre congiuntivite artralgia mialgia
 sintomi neurologici^b: _____
 altro: _____ nessuna non noto

inizio delle manifestazioni: data: ___/___/___ non noto

gravidanza in corso? sì no

se sì: → inviare i campioni al CRIVE^c

→ ginecologo curante o centro specializzato (medicina feto-materna) (nome, indirizzo): _____

laboratorio: nome/tel.: _____

prelievo: data: ___/___/___ materiale: _____

sieroconversione documentata: sì no

Malattie precedenti o immunizzazione

	malattie precedenti?		vaccinato?		
febbre gialla:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
FSME:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
encefalite giapponese:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
epatite C:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no			
virus del Nilo occidentale:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no			
febbre dengue:	<input type="checkbox"/> sì, anno: _____	<input type="checkbox"/> no			

Esposizione tempo d'incubazione: 3 ai 12 giorni

la persona è stata esposta all'estero durante i 12 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni? sì no non noto

se **sì**, paese(i) visitato(i), nell'ordine decrescente di probabilità dell'infezione:

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

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

se **no**, dove si è infettata il più probabilmente la persona? luogo: _____ non noto

la persona è stata esposta durante un rapporto sessuale non protetto? sì no non noto

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>

^b p. es. sindrome di Guillain-Barré

^c CRIVE = Centre national de Référence des Infections Virales Emergentes (<http://virologie.hug-ge.ch>)