



Si prega di rispedire completato  
entro 7 giorni al medico cantonale  
(non direttamente all'UFSP).<sup>a</sup>

# Infezione HIV

## Dichiarazione sui risultati clinici

### Da completare dal laboratorio dichiarante

Data della conferma positiva<sup>b</sup>: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ceppo: ☐ HIV-1 ☐ HIV-2

Conferma per incarico del: ☐ medico curante ☐ laboratorio di screening

Indicazione della presenza di un' **infezione recente**? ☐ sì ☐ no ☐ incerto ☐ nessun test Recency effettuato

Caso ID interno al laboratorio: \_\_\_\_\_

nome, indirizzo o timbro del laboratorio:

osservazioni: \_\_\_\_\_

### Laboratorio

Viremia (copie di RNA virale): \_\_\_\_\_ / ml data del prelievo di campione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Titolo di CD4: \_\_\_\_\_ / mm<sup>3</sup> data del prelievo di campione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resistenze ai farmaci antiretrovirali: è stato effettuato un test? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ checkup individuale<sup>d</sup> ☐ screening<sup>d</sup> ☐ altro: \_\_\_\_\_  
gravidanza? ☐ sì ☐ no

### Paziente

Codice formato in base al nome<sup>e</sup>: \_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ genere: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)<sup>f</sup> ☐ trans (FtM)<sup>f</sup> ☐ VSS<sup>f</sup>

NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

Nazionalità: ☐ CH ☐ altra: \_\_\_\_\_

Il paziente partecipa allo studio della coorte HIV (SHCS)? ☐ sì ☐ no ☐ non noto ☐ è previsto

### Diagnostica e manifestazione

Il paziente ha presentato segni clinici di una **infezione acuta HIV** (malattia di sieroconversione)? ☐ sì, data dell'inizio dei sintomi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ no

Il paziente ha avvertito sintomi che indicano la presenza di un' **infezione da HIV a uno stadio avanzato**? ☐ sì, stadio: ☐ CDC B ☐ CDC C ☐ no

se sono riempiti i criteri di almeno una delle **malattie indicative di AIDS** (stadio CDC C): si prega di compilare anche la dichiarazione di AIDS!

### Evoluzione

Anamnesi: un precedente test HIV è già risultato **positivo**? ☐ sì, **la prima volta**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ no ☐ non noto

un precedente test HIV è già risultato **negativo**? ☐ sì, **l'ultima volta**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ no ☐ non noto

Terapia: il paziente era sottoposto a terapia antiretrovirale? ☐ sì, data dell' inizio della terapia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ no ☐ inizio previsto della terapia

### Esposizione (modo di contagio più probabile dal punto di vista del medico contrassegnare solo una casella)

dove: ☐ CH, luogo: \_\_\_\_\_ ☐ straniero, paese: \_\_\_\_\_ ☐ non noto

quando: presunta data dell'infezione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
tra persone con nazionalità altra che CH<sup>g</sup>, data d'entrata in Svizzera: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

come: ☐ contatto sessuale con: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)<sup>f</sup> ☐ trans (FtM)<sup>f</sup> ☐ VSS<sup>f</sup>

☐ consumo di droga per via parenterale (IDU)

☐ perinatale

☐ altro modo di trasmissione: \_\_\_\_\_

☐ non identificabile

nel caso di trasmissione sessuale, modo di legame: ☐ partner anonimo ☐ partner conosciuto ☐ partner pagato ☐ non identificabile

### Misure (raccomandate per persone contaminate)

i partner sessuali sono stati informati sulla diagnosi di HIV? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

**Medico** nome, indirizzo, tel.: \_\_\_\_\_ se il/la paziente è trasferita altrove, indicare per favore:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: \_\_\_\_\_

### Medico cantonale

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> laboratori autorizzati: elenco su [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting) o [epi@bag.admin.ch](mailto:epi@bag.admin.ch)

<sup>c</sup> test individuali, p.es. MSM, persone >45 anni nel contesto di un checkup per la salute, ecc.

<sup>d</sup> esami di prevenzione o esami di gruppo per donne incinte, reclute, donatori di sangue oppure partecipanti ad uno studio

<sup>e</sup> prima lettera e numero di lettere; se più di 9: lunghezza=0; in presenza di un doppio nome separato da un trattino o composto di due parole:

indicare solo l'iniziale del primo; esempi: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0

<sup>f</sup> MtE = sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario. VSS=

variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).

<sup>g</sup> e che sia chiaro che si tratta di lavoratori NON frontalieri, turisti o viaggiatori d'affari (o di medicina)