



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 compilare 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 antiretroviral: 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> testi 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 frontaliesi, turisti o viaggiatori d'affari (o di medicina)