



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

Malaria

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

Cognome/nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: ☐ f ☐ m
indirizzo: _____ NPA/domicilio: _____ cantone: _____ tel: _____
nazionalità: _____ paese di residenza: _____ paese di origine^b: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: ☐ febbre o febbre secondo anamnesi
inizio delle manifestazioni: data: ____/____/____ ☐ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
prelievo: data: ____/____/____
metodo: ☐ microscopico ☐ test rapido ☐ altro: _____
motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ reperto occasionale
risultato: ☐ *P. falciparum* ☐ *P. vivax* ☐ *P. ovale* ☐ *P. malariae* ☐ *Plasmodium* senza tipizzazione ☐ parassitemia: ____ %

Evoluzione

ospedalizzazione: ☐ sì, data del ricovero: ____/____/____ ☐ no ☐ non noto
trattamento ambulatoriale: ☐ sì ☐ no
stato: ☐ deceduto, data: ____/____/____

Esposizione

≤12 mesi prima dell'inizio della malattia
prima della diagnosi, la persona ha soggiornato in una zona endemica conosciuta? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

se sì, indicare i paesi visitati ordinati secondo la più alta probabilità di infezione:

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

durata del soggiorno nella zona malarica (totale paese 1+2+3): ____ giorni data della partenza dalla zona malarica: ____/____/____

prima del viaggio la persona si è informata presso un medico o un centro di consulenza? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

in caso negativo, indicate la possibile origine dell'infezione:

☐ soggiorno più di 12 mesi prima della diagnosi in una zona malarica, dove esattamente: _____
☐ malaria congenitale ☐ malaria indotta (p.es. trasfusione) ☐ malaria importata (p.es. malaria d'aeroporto)

categoria di rischio più probabile per la malaria (una risposta possibile):

☐ turista ☐ immigrante (tutte le categorie, incluso adozione)
☐ visita presso familiari/amici ☐ altro: _____
☐ esercizio della professione (p.es. viaggio di ufficio) ☐ non noto

Osservazioni

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

data: ____/____/____

Medico cantonale

misure: ☐ no ☐ sì: _____ data: ____/____/____

^a i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>
^b se il paziente o i suoi genitori sono immigrati in Svizzera, indicate il paese di origine