



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

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: ____/____/____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: ☐ certificato di vaccinazione/cartella clinica ☐ anamnesi

Vaccinazione sperimentale contro FEV: ☐ sì, con ____ dosi in totale ☐ no ☐ non noto

ultima dose (mese/anno) ____/____ tipo di vaccino (marca): _____

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. (o timbro): _____

data: ____/____/____

Medico cantonale

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