



# Haemophilus influenzae, malattia invasiva

Dichiarazione sui risultati clinici

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

## Paziente

Iniziale cognome: \_\_\_\_\_ iniziale nome: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

sex: ☐ f ☐ m

NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_

nazionalità: ☐ CH ☐ altro: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

## Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: ☐ epiglottite ☐ meningite ☐ polmonite ☐ cellulite (flemmone cutaneo) ☐ artrite

☐ setticemia ☐ altro: \_\_\_\_\_

inizio delle  
manifestazioni: data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ non noto

laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_

prelievo: data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ materiale: ☐ sangue ☐ liquor ☐ altro: \_\_\_\_\_

## 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 ☐ medico di famiglia ☐ anamnesi

vaccinato contro i Hib: ☐ sì, con \_\_\_\_ dosi in totale ☐ no ☐ non noto

| dose | tipo di vaccino (marca) | data:          |
|------|-------------------------|----------------|
| 1    | _____                   | ____/____/____ |
| 2    | _____                   | ____/____/____ |
| 3    | _____                   | ____/____/____ |
| 4    | _____                   | ____/____/____ |

## Fattori di rischio

☐ asplenia (anatomica / funzionale)  
☐ immunodeficienza congenita<sup>b</sup>, quale: \_\_\_\_\_  
☐ immunodeficienza acquisita<sup>c</sup>, quale: \_\_\_\_\_  
☐ altri, quali: \_\_\_\_\_  
☐ nessuno  
☐ non noto

## Osservazioni

## Medico

nome, indirizzo, tel. (o timbro): \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Medico cantonale

misure: ☐ no ☐ sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> p.es.: agammaglobulinemia, deficit nelle componenti del complemento C1-C3

<sup>c</sup> p.es.: mieloma multiplo, leucemia, trapianto