



Si prega di rispedire completato
entro 24 ore al medico cantonale
(non direttamente all'UFSP).^a

Differite

Dichiarazione sui risultati clinici

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 (per favore, mettere una crocetta per tutti i sintomi osservati)

manifestazioni: ☐ affezione delle vie respiratorie superiori con ☐ laringite ☐ nasofaringite ☐ tonsillite
☐ membrana/pseudomembrana aderente
☐ lesione cutanea, dove? _____
☐ lesione della congiuntiva o delle membrane mucose
☐ altre: _____ ☐ nessuna ☐ non noto

inizio delle manifestazioni: data: ____/____/____ ☐ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ scoperta fortuita ☐ altro: _____

prelievo: data: ____/____/____ materiale: ☐ striscio faringe ☐ striscio cute ☐ altro: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: ☐ sì, data del ricovero ____/____/____ data d'uscita ____/____/____ ☐ no ☐ non noto

stato: ☐ deceduto: data: ____/____/____

terapia: somministrazione d'antitossina: ☐ sì, data dell'inizio ____/____/____ dose _____ ☐ no ☐ non noto

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: ☐ certificato di vaccinazione ☐ anamnesi
vaccinato contro differite: ☐ sì, con _____ dosi in totale ☐ no ☐ non noto
1^a dose, anno _____ tipo di vaccino (marca) _____
2^a dose, anno _____ tipo di vaccino (marca) _____
3^a dose, anno _____ tipo di vaccino (marca) _____
ultima dose, anno/mese ____/____ tipo di vaccino (marca) _____

Esposizione <7 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione 2-5 giorni)

dove: ☐ CH ☐ estero, paese: _____ luogo: _____ ☐ non noto
quando: data dell'esposizione: ____/____/____ o data dell'entrata in CH ____/____/____ ☐ non noto
come: ☐ contatto con malati (gruppo o situazione): _____ ☐ non noto
persone esposte: ☐ sì, quali: _____ quanti: ____ ☐ no ☐ 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>