



Febbre dengue

Dichiarazione sui risultati clinici

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

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

manifestazioni: ☐ febbre o febbre secondo anamnesi ☐ segni emorragici
☐ altro: _____ ☐ nessuno

inizio delle
manifestazioni: data: ____/____/____

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ altro: _____

prelievo: data: ____/____/____ materiale: _____

sieroconversione documentata: ☐ sì ☐ no

Malattie precedenti o immunizzazione

	malattie precedenti?	vaccinato?		
febbre gialla:	☐ sì, anno: _____	☐ sì, anno: _____	☐ no	☐ non noto
FSME:	☐ sì, anno: _____	☐ sì, anno: _____	☐ no	☐ non noto
encefalite giapponese:	☐ sì, anno: _____	☐ sì, anno: _____	☐ no	☐ non noto
epatite C:	☐ sì, anno: _____			
virus del Nilo occidentale:	☐ sì, anno: _____			

Esposizione tempo d'incubazione: 3 ai 14 giorni

dove: la persona ha soggiornato all'estero durante i 14 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

se **sì**, paese(i) visitato(i), nell'ordine decrescente di probabilità dell'infezione:

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

se **no**, dove si è infettata il più probabilmente la persona?

luogo: _____ ☐ non noto

quando: data dell' ultimo viaggio all'estero: ____/____/____ data del ritorno in CH: ____/____/____ ☐ 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>