



Malattia da virus Ebola

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

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: ☐ f ☐ m

via: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____

nazionalità: ☐ CH ☐ altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: ☐ febbre acuta $\geq 38,5$ °C: ____ °C ☐ segni di emorragia

☐ altri sintomi: _____ ☐ nessun

inizio delle
manifestazioni: data: ____/____/____

laboratorio: motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ altro: _____

☐ laboratorio di referenza CRIVE a Ginevra (<https://hug.ch/laboratoire-virologie/centre-national-reference-pour-infections-virales>)

☐ altro laboratorio, nome/tel: _____

☐ laboratorio informato prima

prelievo: data: ____/____/____ materiale: _____ ☐ nessun laboratorio

vaccinazione sperimentale
contro l'Ebola: ☐ sì, data: ____/____/____ quali: _____ ☐ no ☐ non noto

Evoluzione

ospedalizzazione: ☐ sì, data del ricovero ____/____/____ ospedale (nome,
divisione, n. tel.): _____ ☐ no

stato: ☐ decesso, data: ____/____/____

Esposizione

nei 21 giorni prima dell'inizio della malattia

dove: soggiorno in zona endemica? ☐ sì ☐ no

se sì: ☐ estero paese: _____ luoghi: _____ ☐ non noto

quando: data dell'ultima partenza per l'estero: ____/____/____ data del ritorno in CH: ____/____/____ ☐ non noto

se no: ☐ CH luogo, regione: _____ ☐ non noto

come: ☐ in famiglia ☐ come personale medico o sanitario ☐ altri contatti: _____ ☐ non noto

quando: dal: ____/____/____ al: ____/____/____ ☐ non noto

viaggi dopo l'inizio delle manifestazioni: ☐ sì ☐ no ☐ non noto

se sì: viaggi in aereo? ☐ sì ☐ no data: ____/____/____ ; ____/____/____ ☐ non noto

Misure

paziente isolato: ☐ sì ☐ no inizio: ____/____/____

persone di contatto identificate: ☐ sì ☐ no se sì, quantità: _____ ☐ ricerca non ancora cominciata

se sì: informati: ☐ sì ☐ no

in quarantena: ☐ sì ☐ no

altre misure: _____

Medico

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

Osservazioni

data: ____/____/____

Medico cantonale

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

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