



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

Tularemia

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: ☐ f ☐ m
NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____
nazionalità: ☐ CH ☐ altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: ☐ ulceroglandolare ☐ glandolare ☐ oculoglandolare ☐ orofaringeale ☐ addominale ☐ polmonare ☐ tifoideale
inizio delle manifestazioni data: ____/____/____ ☐ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ scoperta fortuita ☐ altro: _____
prelievo: data: ____/____/____ materiale: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: ☐ sì, data del ricovero: ____/____/____ ☐ no ☐ non noto
stato: ☐ deceduto, data: ____/____/____

Esposizione

durante ≤14 giorni (soprattutto 3-5) prima dell'inizio della malattia
dove: ☐ CH, luogo: _____ ☐ estero, paese: _____ ☐ non noto
quando: data dell'esposizione: ____/____/____ o data dell'entrata in CH: ____/____/____ ☐ non noto
come:
☐ contatto con animali selvatici, in particolare roditori (incl. consumo dei loro prodotti) quale/ dove: _____ ☐ no ☐ non noto
☐ consumo di acqua di sorgente non controllata (fontana, ruscello) sì CH, dove: _____ ☐ no ☐ non noto
☐ puntura di zecca ☐ no ☐ non noto
☐ puntura di insetti ☐ no ☐ non noto
☐ inalazione di polvere/aerosol (agricoltura, giardino) sì CH, dove: _____ ☐ no ☐ non noto
persone esposte: ☐ sì, quali: _____ quante: _____ ☐ nessuna ☐ non noto
attività professionale: _____

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>