



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

Brucellosi

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

Iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: ____/____/____

sex: ☐ f ☐ m

NAP/luogo di residenza: _____ cantone: _____

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

Diagnostica e manifestazione (per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati)

manifestazioni: ☐ febbre ☐ sudorazione (specialmente notturna)
☐ brividi ☐ artralgia
☐ cefalea ☐ stanchezza generale, debolezza
☐ depressione ☐ perdita di appetito o di peso
☐ altro: _____ ☐ nessuna ☐ non noto

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 ≤ 60 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione ca. 5 - 60 giorni)

dove: ☐ CH ☐ estero, paese: _____ ☐ non noto

quando: data dell'esposizione: ____/____/____ o data dell'entrata in CH: ____/____/____ ☐ non noto

come: ☐ tramite alimenti/bevande (dettagli): _____

☐ contatto con animale infetto: _____

☐ altro: _____ ☐ 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>