



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

Morbillo

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

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

Diagnostica e manifestazione (vi preghiamo di segnalare TUTTI i sintomi osservati)

manifestazione: ☐ esantema maculopapuloso inizio dell'esantema (oppure inizio di altri sintomi in assenza di esantema): ____/____/____ ☐ non noto
☐ febbre ☐ tosse ☐ congiuntivite ☐ rinite ☐ altro: _____ ☐ nessun sintomo
data della consultazione: ____/____/____
laboratorio: nome/tel.: _____
prelievo: data: ____/____/____
risultato, se conosciuto: IgM per il morbillo: ☐ pos. ☐ neg. ricerca genoma (PCR): ☐ pos. ☐ neg. ☐ non noto

Evoluzione^b

ospedalizzazione: ☐ sì, indirizzo e nome dell'ospedale: _____ ☐ no
complicazioni: ☐ polmonite ☐ encefalite ☐ otite media ☐ altre: _____ ☐ nessuna

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: ☐ certificato di vaccinazione / cartella clinica ☐ anamnesi
vaccinato contro il morbillo: ☐ sì, con ____ dosi in totale ☐ no ☐ non noto
1^a dosi, vaccino (nome commerciale): _____ data: ____/____/____
2^a dosi, vaccino (nome commerciale): _____ data: ____/____/____

Esposizione entro i 7 - 21 giorni prima dell'inizio dell'esantema

dove: ☐ CH ☐ estero, paese: _____
luogo (CH ed estero): _____ ☐ non noto
quando: data dell'esposizione: ____/____/____ soggiorno all'estero (o in Svizzera per gli stranieri), inizio: ____/____/____ fine: ____/____/____ ☐ non noto
come: ☐ asilo nido ☐ scuola ☐ famiglia ☐ altro: _____ ☐ non noto
in rapporto epidemiologico con un caso confermato dal laboratorio: ☐ sì ☐ no ☐ non noto
altri casi di morbillo negli immediati paraggi: ☐ sì, quali: _____ quanti: _____ ☐ no ☐ non noto
persone esposte nel periodo della contagiosità (da 4 giorni prima a 4 giorni dopo l'inizio dell'esantema):
☐ rete familiare/sociale ☐ lavoro, nido, scuola, squadra sportiva
☐ ospedale, ospizio, studio medico ☐ passeggeri identificabili (aereo, crociera, viaggio organizzato)
☐ altri: _____

Osservazioni

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

data: ____/____/____

Medico cantonale prima notificazione del caso ricevuta il: ____/____/____ (per posta, tramite telefonata, e-mail, etc.)

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

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

^b alla dimissione dall'ospedale dopo ospedalizzazione o in caso di decesso, una dichiarazione complementare deve essere trasmessa entro una settimana