



Morbillio

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