



Si prega di rispedire completato
entro 24 ore al medico cantona-
le (no direttamente all'UFSP).^a

Listeriosi

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

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

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

manifestazioni: ☐ tra **persone adulte** (salvo donne incinte) e **bambino** (di più di un mese)
☐ febbre ☐ meningite o meningoencefalite ☐ setticemia
☐ infezioni localizzate (p.es. artrite, endocardite): _____
☐ altro: _____ ☐ nessuno ☐ non noto
☐ durante la **gravidanza**
☐ aborto, aborto spontaneo, nato morto ☐ prematuro, settimana di gravidanza: _____
☐ altro: _____ ☐ nessuno ☐ non noto
☐ tra i **neonati** (di meno di un mese)
☐ granulomatosi settica infantile ☐ meningite o meningoencefalite
☐ setticemia ☐ dispnea ☐ ferite della pelle, delle mucose o della congiuntiva
☐ altro: _____ ☐ nessuno ☐ non noto
inizio delle manifestazioni: data: ____/____/____ ☐ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
prelievo: data: ____/____/____ materiale: _____

Evoluzione

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

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>