



Colera

Dichiarazione sui risultati clinici

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

Paziente

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

Diagnostica e manifestazione

diagnosi ☐ colera con disidratazione ☐ altro: _____
inizio della manifestazione data: __/__/____
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: __/__/____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: ☐ certificato di vaccinazione ☐ anamnesi
vaccinato contro il colera: ☐ sì, con ____ dosi in totale ☐ no ☐ non noto
ultima dose nell'anno/mese _____ tipo di vaccino (marca): _____

Esposizione

≤7 giorni prima dell'inizio della manifestazione (periodo d'incubazione 1/2-5 giorni)

dove: ☐ paese: _____ luogo: _____ ☐ non noto
quando: data d'esposizione: __/__/____ O data dell'entrata in CH: __/__/____ ☐ non noto
come: ☐ alimenti/bevande (dettagli): _____ ☐ non noto
☐ altro: _____ ☐ non noto
persone esposte: ☐ sì, quali: _____ quante: _____ ☐ no ☐ 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>