



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

Trichinellosi

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____

data di nascita: ____/____/____

sex: ☐ f ☐ m

NPA/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
☐ dolori muscolari
☐ diarrea
☐ edema facciale o edema periorbitale
☐ eosinofilia
☐ emorragia subcongiuntivale, subungueale, o retinica
☐ 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: ____/____/____

Esposizione ≤ 45 giorni prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione 8-45 giorni)

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

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

come: ☐ tramite alimenti (dettaglio): _____
☐ 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>