



Sifilide

Dichiarazione sui risultati clinici

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

Paziente

Iniziale cognome: _____ iniziale nome: _____ data di nascita: ____/____/____ genere: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VSS^b

NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____

nazionalità: ☐ CH ☐ altra: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

Valutazione del caso:
selezionare solo 1 variante

- ☐ **inizio di una cura medica contro la sifilide** (nuovo episodio di malattia non ancora dichiarato, non dichiarare trattamenti a seguito di una sospetta non risposta al trattamento iniziale, o trattamenti profilattici di partner)^c
→ si prega di compilare questo questionario **INTERAMENTE**
- ☐ **controlli dell'evoluzione** (l'episodio di malattia è già stato dichiarato)
→ si prega di spedire questo formulario direttamente al medico cantonale **SENZA** compilare il resto
- ☐ **cicatrice sierologica** (infezione precedente, nessuna sifilide attiva)
→ si prega di spedire questo formulario direttamente al medico cantonale **SENZA** compilare il resto

stadio: ☐ sifilide primaria luogo della lesione primaria: ☐ genitale ☐ perianale ☐ cavità boccale
☐ altro: _____ ☐ non noto
☐ sifilide secondaria
☐ fase di latenza precoce (≤ di un anno dopo l'infezione iniziale)
☐ fase di latenza tardiva (> di un anno dopo l'infezione iniziale)
☐ sifilide terziaria sintomo principale: _____
☐ non noto
inizio dei sintomi: ____/____/____ ☐ con sintomi accompagnatori neurologici
laboratorio: data di prelievo: ____/____/____
motivo per consultazione: ☐ sintomi ☐ esposizione ☐ checkup individuale^d ☐ screening^e
☐ altro: _____

esiste una gravidanza? ☐ sì ☐ no ☐ aborto in seguito a una infezione sifilitica

Esposizione (dal punto di vista medico si prega di indicare la possibilità più probabile)

dove: ☐ CH, luogo: _____ ☐ straniero, paese: _____ ☐ non noto
come (via di trasmissione): ☐ contatto sessuale con: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VSS^b
☐ altro modo di trasmissione (p. es. congenito): _____ ☐ non esplorabile
nel caso di trasmissione sessuale, modo di legame:
☐ partner anonimo ☐ partner conosciuto ☐ sesso a pagamento ☐ non esplorabile
precedente sifilide trattata e curata: ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Misure (raccomandate per IST)^f

è mai stato eseguito un test HIV?^g ☐ sì ☐ no ☐ non noto
i partner sessuali sono stati informati sulla diagnosi di sifilide? ☐ sì ☐ no ☐ non noto
è stato ordinato il trattamento contro sifilide per i partner sessuali? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Medico nome, indirizzo, tel., (o timbro) **Osservazioni**

data: ____/____/____ firma: _____

☐ in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: _____

Medico cantonale nome, indirizzo, tel., (o timbro)

data: ____/____/____ firma: _____

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

^b MtF= sesso di nascita maschile (M), identità femminile (F) o non binario. FtM = Sesso di nascita femminile (F), identità maschile (M) o non binario.

VSS= variante dello sviluppo sessuale (intersessuale).

^c Nessuna dichiarazione di trattamenti che non sono indicati retrospettivamente

^d Testi individuali, p.es. MSM, persone >45 anni nel contesto di un checkup per la salute, ecc.

^e Esami di prevenzione o esami di gruppo per donne incinte, reclute, donatori di sangue oppure partecipanti ad uno studio

^f IST: infezione sessualmente trasmissibile

^g Persone con una infezione sessuale trasmissibile dovrebbero essere testate per HIV