



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

Morbillo

Dichiarazione complementare

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: ☐ f ☐ m

Evoluzione

ospedalizzazione: ☐ sì, data dell'entrata: ____/____/____ data d'uscita: ____/____/____ ☐ no
motivo: _____ ricovero in cure intensive: ☐ sì, numero di giorni: _____

complicazioni: ☐ polmonite ☐ encefalite ☐ otite media ☐ altre: _____ ☐ nessuna

stato: ☐ guarito / in convalescenza ☐ decesso, data: ____/____/____
☐ conseguenze, quali: _____

Fattori di rischio

- ☐ non noto
☐ immunodeficienza / immunodepressione
☐ gravidanza in corso

Osservazioni

Medico

nome, indirizzo, tel. (o timbro): _____

data: ____/____/____

Medico cantonale

data: ____/____/____

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