Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Unità di direzione sanità pubblica

2025V3 lasciare libero

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

Legionellosi

Dichiarazione sui risultati clinici

confidenziale

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: polmonite da Legionella: ☐ sì ☐ no, altro: _____

fattori di rischio: ☐ abuso di tabacco ☐ immunosopressione ☐ carcinoma/emopatia ☐ diabete

☐ altro: _____ ☐ nessuno ☐ non noto

inizio della manifestazione: data: ____/____/_____ ☐ non noto

test rapido: antigene urinario: ☐ positivo ☐ negativo

laboratorio: nome/tel.: _____

prelievo: data: ____/____/_____ materiale: _____

Evoluzione

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

stato: ☐ deceduto, data: ____/____/_____

Esposizione segnare i luoghi nei quali il paziente si è trattenuto o le installazioni alle quali si è esposto nei **14 giorni** precedenti l'apparizione della malattia. Completare quindi la tabella aggiungendo il numero corrispondente (indicato tra parentesi).

☐ posto di lavoro (n° 1)
☐ albergo[b] (n° 2)
☐ camping[b] (n° 3)
☐ residenza secondaria[b] (n° 4)
☐ ospedale:
  ☐ come paziente (n° 5a)
  ☐ come visitatore (n° 5b)
☐ non noto
☐ casa di riposo (n° 6)
☐ bagno (n° 9)
☐ dentista (n° 10)
☐ umidificatore (n° 11)
☐ apparecchio d'inalazione (n° 12)
☐ fontana ornamentale (n° 14)
☐ torre di raffreddamento (n° 15)
☐ impianto di autolavaggio (n° 16)
☐ sistemi d'irrigazione/nebulizzatori (n° 17)
☐ lavori sanitari (n° 18)
☐ lavori con terriccio (n° 19)
☐ altro (p.es. associazioni sportive, docce scolastiche (n° 20): _____
☐ apparecchiatura per CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (n° 21)

N°	Data	Luogo/nome dello stabilimento	Indirizzo esatto
	dal ____/____/_____ al ____/____/_____	_____	via: _____ n°: _____ località: _____ nazione: _____
	dal ____/____/_____ al ____/____/_____	_____	via: _____ n°: _____ località: _____ nazione: _____

altri casi conosciuti? ☐ sì, quali: _____ quanti: _____ ☐ no ☐ non noto

Medico: cognome, indirizzo, tel. o timbro:

Osservazioni

data: ____/____/_____

Medico cantonale

misure: ☐ no ☐ sì: _____ data: ____/____/_____

[a] i formulari attuali possono essere scaricati da https://www.bag.admin.ch/infreporting
[b] se il viaggio comporta diverse tappe, indicare i dettagli del percorso (località, alberghi, date).