



Epatite B

Dichiarazione sui risultati clinici

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

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita ____/____/____
genere: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VSS^b
NPA/luogo di residenza: _____ cantone: ____ paese di residenza, se non CH: _____
nazionalità: ☐ CH ☐ altro: _____ paese di origine^c: ☐ CH ☐ altro: _____

Diagnostica e manifestazione

Ho già riempito completamente una dichiarazione per questo/a paziente: ☐ sì
Se «sì», si prega di spedire questo formulario direttamente al medico cantonale **SENZA** compilare il resto.

diagnosi conosciuta dal medico o dal paziente da almeno un anno: ☐ sì, anno: ____ ☐ no
data della diagnosi: ____/____/____ (documentata)
manifestazioni **attuali**: ☐ ittero ☐ transaminasi $\geq 2.5 \times \uparrow$ ☐ altro: _____ ☐ nessuna ☐ non noto
inizio della manifestazione: data ____/____/____ ☐ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ screening^d ☐ altro: _____ ☐ non noto
sieroconversione documentata^e: ☐ sì, l'ultima **sierologia anti-HBc negativa** prima della diagnosi il: ____/____/____ ☐ no ☐ non noto

Evoluzione ☐ acuta ☐ cronica ☐ cirrosi ☐ epatocarcinoma

Stato vaccinale

vaccinato contro l'epatite B: ☐ sì, totale dosi: _____ ☐ no ☐ non noto
vaccino (nome commerciale), prima dose: _____ data: ____/____/____
vaccino (nome commerciale), ultima dose: _____ data: ____/____/____
esisteva secondo lei una infezione già prima della vaccinazione? ☐ sì ☐ no ☐ non chiaro

Esposizione

durante i 6 mesi precedenti l'inizio dei sintomi (oppure al momento del sospetto contagio)
dove: ☐ CH ☐ estero, paese: _____ ☐ non noto
quando: data dell'esposizione: ____/____/____ ☐ non noto
come: ☐ perinatale
☐ contatto con persona infetta: ☐ in famiglia ☐ al posto di lavoro: _____
☐ altro: _____
☐ contatto sessuale con persona infetta: ☐ donna ☐ uomo ☐ transgender
☐ uso di droghe da iniettare o da sniffare
☐ trasfusione(i), l'anno(i): _____
☐ dialisi
☐ professione sanitaria: _____
☐ altro: _____ ☐ non noto/via di trasmissione non identificabile
persone esposte: ☐ sì ☐ no ☐ non noto se sì, quale: ☐ partner sessuale ☐ famiglia
☐ nascituro o neonato ☐ altre: _____
attività professionale: _____

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

data: ____/____/____ firma: _____

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

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

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

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

^b MtE = 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 (intersessualità).

^c se il paziente o i suoi genitori sono immigrati in Svizzera, indicate il paese di origine

^d analisi screening, risp. preventive nei gruppi a rischio specifici, p.es. donne incinte, reclute, donatori di sangue o partecipanti ad uno studio

^e si prega di allegare una copia del risultato negativo della precedente sierologica anti-HBc