



# Sifilide

## Dichiarazione sui risultati clinici

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

### Paziente

Iniziale cognome: \_\_\_\_\_ iniziale nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ genere:  f  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VSS<sup>b</sup>

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)<sup>c</sup>  
→ 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<sup>d</sup>  screening<sup>e</sup>  
 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)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VSS<sup>b</sup>

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)<sup>f</sup>

è mai stato eseguito un test HIV?<sup>g</sup>  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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: \_\_\_\_\_

Medico cantonale

data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

<sup>b</sup> 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 (interessessuale).

<sup>c</sup> Nessuna dichiarazione di trattamenti che non sono indicati retrospettivamente

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

<sup>e</sup> Esami di prevenzione o esami di gruppo per donne incinte, reclute, donatori di sangue oppure partecipanti ad uno studio

<sup>f</sup> IST: infezione sessualmente trasmissibile

<sup>g</sup> Persone con una infezione sessuale trasmissibile dovrebbero essere testate per HIV