



Si prega di rispedire completato
entro 24 ore all'UFSP e al
medico cantonale.^a

Febbre gialla

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: ☐ f ☐ m
indirizzo: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____
nazionalità: ☐ CH ☐ altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazioni: ☐ segni emorragici: _____
☐ febbre fino a ____ °C ☐ epatite ☐ albuminuria ☐ insufficienza renale
☐ altro: _____ ☐ nessuna ☐ non noto
inizio delle manifestazioni: data: ____/____/____ ☐ non noto
laboratorio: nome/tel.: _____
motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ altro: _____
prelievo: data: ____/____/____
risultato: ☐ virus accertato in coltura ☐ ricerca genoma pos. ☐ sierologia pos. ☐ negativo ☐ manca ancora la risposta
☐ ricerca malaria neg.

Evoluzione

ospedalizzazione: ☐ sì, data del ricovero: ____/____/____ data d'uscita: ____/____/____ ☐ no ☐ non noto
stato: ☐ deceduto, in data: ____/____/____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: ☐ certificato di vaccinazione ☐ medico di famiglia ☐ anamnesi
vaccinato contro la febbre gialla: ☐ sì, con ____ dosi in totale ☐ no ☐ non noto
ultima dose (anno) _____ tipo di vaccino (marca): _____
luogo di vaccinazione, nome/indirizzo: _____

Esposizione

≤ 2 settimane prima dell'inizio della malattia (periodo d'incubazione ≤ 6 giorni)

dove: ☐ CH ☐ estero, paese: _____ luogo: _____ ☐ non noto
_____ luogo: _____
quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: ____/____/____ data di ritorno in CH: ____/____/____ ☐ non noto
come: ☐ soggiorno in zone rurali ☐ altro: _____ ☐ non noto
persone esposte: ☐ nessuna ☐ sì: quali: _____ quante: _____ ☐ non noto

Osservazioni

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

data: ____/____/____

Medico cantonale

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

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