



Protocollo di una prima dichiarazione telefonica*

*Da riempire in caso di sospetto di antrace, di botulismo, di vaiolo, di peste, di influenza A HxNy (zoonotica), di SARS, di febbri emorragiche virali (FEV) o risultato eccezionale di analisi cliniche.

Questo protocollo deve essere riempito dal medico cantonale (eccezionalmente anche dall'UFSP). Bisogna assicurare che l'UFSP riceva la dichiarazione nelle 2 ore che seguono la constatazione del sospetto, rispettivamente del risultato.

Simboli: ?=sconosciuto; MO= medico ospedaliero; MC= medico cantonale

Paziente

cognome, nome: _____ data di nascita: ____/____/____
sesso: ☐ f ☐ m attività professionale: _____ tel.: _____
nazionalità: ☐ CH ☐ altra: _____ domicilio: ☐ CH ☐ altro: _____
se CH: _____ indirizzo di domicilio: _____ cantone: _____

Diagnosi di sospetto (conformemente alla definizione di caso dell'UFSP)

altre forme:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ antrace (carbonchio) | ☐ forma cutanea | ☐ _____ |
| ☐ botulismo | ☐ botulismo alimentare | ☐ _____ |
| ☐ febbri emorragiche virali | ☐ Lassa | ☐ Ebola |
| | ☐ Marburg | ☐ Congo-Crimea |
| | ☐ peste polmonare | ☐ peste bubbonica |
| ☐ peste | | ☐ _____ |
| ☐ influenza A HxNy (zoonotica) | | |
| ☐ SARS | | |
| ☐ vaiolo | | |
| ☐ Risultato eccezionale di analisi cliniche: _____ | | |

infeziologo/a consultato/a: _____ tel.: _____

Esposizione (conformemente ai criteri di dichiarazione dell'UFSP)

- ☐ ospedale/studio medico ☐ laboratorio ☐ viaggio
☐ azienda agricola, mercato degli animali, studio veterinario ☐ altra: _____
paese/luogo dell'esposizione: _____

Misure immediate

se no, saranno
eseguite da^a:

paziente

ospedale (nome, tel., fax) _____
isolamento del/la paziente effettuato? ☐ sì ☐ no ☐ MC ☐ MO ☐ _____
trattamento specifico iniziato? ☐ sì ☐ no ☐ ? ☐ MC ☐ MO ☐ _____

Diagnosi

laboratorio (nome, tel., fax) _____
laboratorio preinformato? ☐ sì ☐ no ☐ MC ☐ MO ☐ _____

Prevenzione di altri casi

misure di protezione del personale medico? ☐ sì ☐ no ☐ MC ☐ MO ☐ _____
se sì quali? _____

misure di protezione delle persone entrate in contatto?

- | | | |
|--|---|--|
| - contatti identificati | ☐ sì ☐ no | ☐ MC ☐ MO ☐ _____ |
| - contatti informati | ☐ sì ☐ no | ☐ MC ☐ MO ☐ _____ |
| - profilassi somministrata | ☐ sì ☐ no | ☐ MC ☐ MO ☐ _____ |
| - quarantena preventiva | ☐ sì ☐ no | ☐ MC ☐ MO ☐ _____ |
| - assistenza medica garantita | ☐ sì ☐ no | ☐ MC ☐ MO ☐ _____ |
| disinfezione e decontaminazione dell'ambiente? | ☐ sì ☐ no | ☐ MC ☐ MO ☐ _____ |

Commenti

persona responsabile della dichiarazione _____