



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

Chikungunya

Dichiarazione sui risultati clinici

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

manifestazioni: ☐ febbre o febbre secondo anamnesi ☐ artralgia ☐ mialgia ☐ esantema ☐ segni emorragici
☐ mal di testa ☐ altro: _____ ☐ nessuno

inizio delle manifestazioni: data: ____/____/____

laboratorio: nome/tel.: _____
motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ altro: _____
prelievo: data: ____/____/____ materiale: _____
sierosconversione documentata: ☐ sì ☐ no

Evoluzione

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

Esposizione periodo d'incubazione: 3 – 12 giorni

dove: la persona ha soggiornato all'estero durante i 12 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

se **sì**, paese(i) visitato(i), nell'ordine decrescente di probabilità dell'infezione:

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

se **no**, dove si è infettata il più probabilmente la persona?

luogo: _____ ☐ non noto

quando: data dell'ultimo viaggio all'estero: ____/____/____ data dell'entrata in CH: ____/____/____ ☐ non nota

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>