



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

## Encefalite da zecca

### Dichiarazione sui risultati clinici

#### Paziente

Iniziale cognome: \_\_\_\_\_ iniziale nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso: ☐ f ☐ m

NAP/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_\_

nazionalità: ☐ CH ☐ altro: \_\_\_\_\_ paese di residenza, se non CH: \_\_\_\_\_

#### Diagnostica e manifestazione

diagnosi: ☐ meningite ☐ meningoencefalite ☐ encefalomyelite ☐ radicolite ☐ altro: \_\_\_\_\_

manifestazioni: ☐ nella regione del morso da zecca ☐ influenzale ☐ altro: \_\_\_\_\_ ☐ nessuno ☐ non noto

inizio delle manifestazioni: data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ non noto

laboratorio: nome/tel.: \_\_\_\_\_

motivo: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ scoperta fortuita ☐ altro: \_\_\_\_\_

prelievo: data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ materiale: \_\_\_\_\_

antecedente infezione da Dengue/epatite c/vacc. febbre gialla: ☐ sì, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ quali: \_\_\_\_\_ ☐ no ☐ non noto

#### Evoluzione

ospedalizzazione: ☐ sì, data del ricovero: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ no ☐ non noto

stato: ☐ guarito ☐ deceduto, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ sequele: \_\_\_\_\_ ☐ altro: \_\_\_\_\_

#### Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: ☐ certificato di vaccinazione/cartella clinica ☐ anamnesi

vaccinato contro la FSME: ☐ sì, con totale: \_\_\_\_\_ Dosi ☐ no ☐ non noto

ultima dose nell'anno/mese: \_\_\_\_/\_\_\_\_ tipo di vaccino (marca): \_\_\_\_\_

#### Esposizione

(periodo d'incubazione circa 2-28 giorni)

☐ morso di zecca nelle 4 settimane precedenti la malattia

☐ CH, indicazione esatta del luogo: \_\_\_\_\_ ☐ soggiorno solo nel luogo di residenza

☐ estero, paese: \_\_\_\_\_ ☐ non noto

data dell'esposizione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ non noto

☐ durante attività professionale

☐ durante il servizio militare

☐ trasfusione di sangue nelle 4 settimane precedenti la malattia, data della trasfusione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

istituto (nome, indirizzo): \_\_\_\_\_

☐ altro

☐ non noto

#### Medico

nome, indirizzo, tel. (o timbro): \_\_\_\_\_

#### Osservazioni

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

#### Medico cantonale

misure: ☐ no ☐ sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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