



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

Virus del Nilo occidentale 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: ☐ febbre o febbre secondo anamnesi ☐ meningite ☐ encefalite
☐ altre: _____ ☐ nessuna

inizio delle manifestazioni: data: ____/____/____ ☐ non noto

laboratorio: nome/tel.: _____
motivi: ☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ scoperta fortuita ☐ altri: _____
prelievo: data: ____/____/____ materiale: _____
sieroconversione documentata: ☐ sì ☐ no

Evoluzione

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

stato: ☐ deceduto: data: ____/____/____

Stato vaccinale o malattie precedenti

	malattia precedente?	vaccinato?
febbre gialla:	☐ sì, anno: _____	☐ sì, anno: _____ ☐ no ☐ non noto
FSME:	☐ sì, anno: _____	☐ sì, anno: _____ ☐ no ☐ non noto
encefalite giapponese:	☐ sì, anno: _____	☐ sì, anno: _____ ☐ no ☐ non noto
epatite C:	☐ sì, anno: _____	
febbre dengue:	☐ sì, anno: _____	

Esposizione tempo d'incubazione dai 2 ai 14 giorni

dove: la persona ha soggiornato all'estero durante le 14 giorni prima dell'inizio della manifestazioni? ☐ sì ☐ no ☐ non noto
se sì, paese: _____ ☐ non noto

quando: data dell'esposizione: ____/____/____ ☐ non noto

come: ☐ puntura di zanzara
☐ contatto con volatili
☐ trasfusione di sangue/trapianto, data della trasfusione/trapianto: ____/____/____
istituto (nome/indirizzo): _____
☐ altro: _____
☐ non noto

Medico

nome, indirizzo, tel.:

Osservazioni

data: ____/____/____

Medico cantonale

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

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