



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

Epatite C

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente	cognome/nome: _____	data di nascita: ____/____/____
genere:	☐ f ☐ m ☐ trans (MtF) ^b ☐ trans (FtM) ^b ☐ VSS ^b	
NPA/luogo di residenza:	_____	cantone: _____ paese di residenza, se non CH: _____
nazionalità:	☐ CH ☐ altro: _____	paese di origine ^c : ☐ CH ☐ altro: _____

Diagnostica e manifestazione

Ho già riempito completamente una dichiarazione per questo/a paziente : ☐ sì
Se «sì», si prega di spedire questo formulario direttamente al medico cantonale **SENZA** compilare il resto.

diagnosi conosciuta dal medico o dal paziente da almeno un anno:	☐ sì, anno: _____ ☐ no
data della diagnosi:	____/____/____ (documentata)
manifestazioni attuali :	☐ ittero ☐ transaminasi $\geq 2.5 \times \uparrow$ ☐ altro: _____ ☐ nessuna ☐ non noto
inizio delle manifestazioni:	data: ____/____/____ ☐ non noto
laboratorio:	nome/tel.: _____
motivo:	☐ sospetto clinico ☐ esposizione ☐ screening ^d ☐ altro: _____ ☐ non noto
sieroconversione documentata ^e :	☐ sì, l'ultima sierologia anti-HCV negativa prima della diagnosi il: ____/____/____ ☐ no ☐ non noto

Evoluzione	☐ acuta ☐ cronica ☐ cirrosi ☐ epatocarcinoma ☐ guarito
-------------------	---

Esposizione

durante i 6 mesi precedenti l'inizio dei sintomi (oppure al momento del sospetto contagio)	
dove:	☐ CH ☐ estero, paese: _____ ☐ non noto
quando:	data dell'esposizione: ____/____/____ ☐ non noto
come:	☐ perinatale
	☐ contatto con persona infetta: ☐ in famiglia ☐ al posto di lavoro: _____ ☐ altro: _____
	☐ contatto sessuale con persona infetta: ☐ donna ☐ uomo ☐ transgender
	☐ uso di droghe da iniettare o da sniffare
	☐ trasfusione(i), l'anno(i): _____
	☐ dialisi
	☐ professione sanitaria: _____
	☐ altro: _____ ☐ non noto/via di trasmissione non identificabile
persone esposte:	☐ sì ☐ no ☐ non noto se sì, quale: ☐ partner sessuale ☐ famiglia ☐ nascituro o neonato ☐ altre: _____
attività professionale:	_____

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

data: ____/____/____ firma: _____

☐ in qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: _____

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

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

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

^b MtF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. (FtM) = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VSS = Variante dello sviluppo sessuale (intersessualità).

^c se il paziente o i suoi genitori sono immigrati in Svizzera, indicate il paese di origine

^d analisi screening, risp. preventive nei gruppi a rischio specifici, p.es. donne incinte, reclute, donatori di sangue o partecipanti ad uno studio

^e si prega di allegare una copia del risultato negativo della precedente sierologia anti-HCV