



Epatite E

Dichiarazione sui risultati clinici

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

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 (per favore, mettere una crocetta per TUTTI i sintomi osservati)

manifestazioni: febbre dolore epigastrico
 artralgia perdita di appetito
 nausea ittero
 neurologiche: _____
 altre: _____ nessuna non noto

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

fattori di rischio: malattia del fegato preesistente: _____
 altri (p. es. diabete, cancro, immunosoppressione, trapianto): _____
 nessuno non noto

laboratorio: nome/tel: _____

Evoluzione

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

Esposizione (periodo d'incubazione ca. 3 - 8 settimane)

nessun soggiorno al di fuori della Svizzera durante i 60 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni

soggiorno al di fuori della Svizzera durante i 60 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni

paese: _____ data dal: __/__/____ fino al: __/__/____

paese: _____ data dal: __/__/____ fino al: __/__/____

paese: _____ data dal: __/__/____ fino al: __/__/____

rischio di esposizione attraverso trasfusione/prodotti sanguigni, anno: _____

Osservazioni

Medico nome, indirizzo, tel/fax (o timbro): _____

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

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

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