



## Nuovo coronavirus SARS-CoV-2

### Dichiarazione del referto di laboratorio entro 24 ore

I referti devono essere dichiarati al medico cantonale competente e all'UFSP entro 24 ore.

UFSP Fax: +41 58 463 87 77

UFSP HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch

Lista dei medici cantionali: [bag.admin.ch/infreporting](https://bag.admin.ch/infreporting)

☐ Spediti i campioni al CRIVE di Ginevra (<https://www.hug-ge.ch/laboratoire-virologie>)

#### Diagnosi di laboratorio

data del test  
giorno mese anno

data del prelievo:  
giorno mese anno

#### materiale d'esame

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> striscio nasofaringeo                  | <input type="checkbox"/> aspirazione endotracheale      |
| <input type="checkbox"/> striscio faringeo e della cavità orale | <input type="checkbox"/> lavaggio broncoalveolare (BAL) |
| <input type="checkbox"/> espettorato                            | <input type="checkbox"/> sangue (sierologia)            |
| <input type="checkbox"/> altro: _____                           |   |

#### metodo di rilevamento

##### rilevamento diretto

##### RT-PCR specifico SARS-CoV-2

- |                  |                                   |                                   |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| E gene target    | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| RdRp gene target | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| N gene target    | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |

nuovi metodi di sequenziamento\* ☐ sì ☐ no

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

sequenza analoga a SARS-CoV-2 ☐ sì ☐ no

altri metodi (fornire una descrizione):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### rilevamento indiretto

##### sierologia (ELISA-SARS)

- |                |                                   |                                   |
|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| SARS-CoV-2 IgM | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| SARS-CoV-2 IgG | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| SARS-CoV-2 IgA | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |

##### immunofluorescenza (IFA-SARS)

- |                |                                   |                                   |
|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| SARS-CoV-2 IgM | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
| SARS-CoV-2 IgG | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |

##### test di neutralizzazione

- |                               |                                   |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| SARS-CoV-2 pseudovirus (SARS) | <input type="checkbox"/> positivo | <input type="checkbox"/> negativo |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

\* High throughput sequencing, whole genome sequencing, next generation sequencing,...

#### Osservazioni

#### Paziente

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_ f ☐ m ☐  
giorno mese anno sesso

via e numero \_\_\_\_\_  
NAP \_\_\_\_\_ luogo di residenza \_\_\_\_\_

numero di telefono \_\_\_\_\_  
informazioni supplementari \_\_\_\_\_

#### Medico (mandante)

nome, indirizzo, tel./fax:

#### Laboratorio dichiarante

nome, indirizzo, tel./fax (o timbro):

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