



Coronavirus disease COVID-19

Solo per i pazienti ricoverati in ospedale:

Dichiarazione del referto clinico in seguito al referto di laboratorio positivo

Si prega di inviare completato
immediatamente al medico cantonale
e all'UFSP.^a

UFSP Fax: +41 58 463 87 77

UFSP HIN secured:

covid-19@hin.infreport.ch

Paziente

Cognome/nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: ☐ f ☐ m

Via, n° _____ NPA/luogo: _____ cantone: _____ tel: _____

Nazionalità ☐ CH ☐ altro _____ paese di residenza, se non CH _____

Diagnostica e manifestazione

Manifestazione: ☐ febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ☐ tosse ☐ difficoltà respiratorie ☐ polmonite (conferma radiografica) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

☐ diarrea ☐ altri sintomi: _____

inizio delle manifestazioni ____/____/____ ☐ nessun sintomo

Malattie di base: ☐ diabete ☐ malattie cardiovascolari ☐ immunosoppressione

☐ ipertensione ☐ malattie respiratorie croniche ☐ cancro

☐ nessuna ☐ altre: _____

Laboratorio: ☐ Centro nazionale di riferimento CRIVE a Ginevra (<https://www.hug-ge.ch/laboratoire-virologie>)

☐ altro laboratorio, nome/tel. _____

data del prelievo ____/____/____

Evoluzione

Ospedalizzazione: ☐ no ☐ sì, data del ricovero ____/____/____ ospedale (nome, tel.): _____

☐ soggiorno in terapia intensiva, se sì: ☐ con ventilazione

Decesso: ☐ sì, data del decesso ____/____/____ (Si prega di compilare la «Dichiarazione complementare in seguito al decesso»)

Esposizione

entro i 14 giorni prima dell'inizio delle manifestazioni

dove: ☐ CH ☐ estero, paese: _____ luogo: _____ ☐ non noto

quando: data di esposizione: ____/____/____

Soggiorno all'estero (o in CH per gli stranieri): dal ____/____/____ al ____/____/____ ☐ non noto

come: stretto contatto con un caso di COVID-19 confermato: ☐ sì ☐ no ☐ non noto

se sì: ☐ in famiglia ☐ come personale medico o sanitario ☐ scuola/nido

☐ lavoro ☐ altri contatti: _____

Viaggi nel periodo di contagio: ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Personale medico o sanitario: ☐ sì ☐ no

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: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>