



# 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.<sup>a</sup>  
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: \_\_\_\_\_

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