



# Coronavirus disease COVID-19

Dichiarazione di referto clinico in seguito al decesso

Si prega di rispedire la dichiarazione compilata entro 24 ore dal decesso 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: \_\_\_\_\_ sesso: ☐ f ☐ m  
data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NPA/luogo di residenza: \_\_\_\_\_ cantone: \_\_\_\_  
paese di residenza: \_\_\_\_\_ nazionalità: \_\_\_\_\_

deceduto/a in seguito a COVID-19: \_\_\_\_\_ data del decesso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
luogo di decesso: ☐ ospedale ☐ casa di riposo e di cura ☐ altro istituto medico-sociale: \_\_\_\_\_  
☐ all'oggi di gruppo: \_\_\_\_\_ ☐ altro: \_\_\_\_\_

diagnostica: risultato di laboratorio: ☐ positivo ☐ negativo ☐ in corso ☐ non testato  
laboratorio (nome, tel): \_\_\_\_\_

risultato radiologico: ☐ CT-Scan compatibile con COVID-19

malattie di base: ☐ diabete ☐ malattie cardiovascolari ☐ immunosoppressione ☐ malattia renale cronica  
☐ ipertensione ☐ malattie respiratorie croniche ☐ cancro ☐ obesità (IMC > 35)  
☐ nessuno ☐ altre: \_\_\_\_\_

fumatore: ☐ sì ☐ no ☐ non noto

ospedalizzazione: ☐ sì dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ no  
nome dell'ospedale: \_\_\_\_\_

complicazioni: ☐ polmonite (confermata da radiografia) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  
☐ altro: \_\_\_\_\_

trattamento in terapia intensiva: ☐ sì dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ no

respirazione artificiale: ☐ sì, durata (in giorni): \_\_\_\_\_ ☐ no

in rapporto epidemiologico con un caso confermato dal laboratorio: ☐ sì

## Osservazioni

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

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

## Medico cantonale

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

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