



Coronavirus disease COVID-19

Solo per i pazienti ricoverati in ospedale e per i residenti di case di riposo e di cura e di altri istituti medico-sociali:

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 ☐ malattia renale cronica

☐ ipertensione ☐ malattie respiratorie croniche ☐ cancro ☐ obesità (IMC > 35)

☐ nessuna ☐ altre: _____

Fumatore: ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Laboratorio: ☐ nome/tel.: _____

data del prelievo: ____/____/____

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

Evoluzione

Residente in una casa di riposo o di cura o in un altro istituto medico-sociale: ☐ sì

Ospedalizzazione: ☐ sì, data del ricovero ____/____/____ motivo del ricovero: ☐ COVID-19 ☐ altro
☐ soggiorno in terapia intensiva, se sì: ☐ con ventilazione ospedale (nome, tel.): _____

Decesso: ☐ sì, data del decesso ____/____/____ (Si prega di compilare la «Dichiarazione di referto clinico 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: ____/____/____

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: _____

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

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>