



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

☐ 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: _____