



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.^a

Paziente

cognome: _____ nome: _____

data di nascita: _____ sesso: ☐ f ☐ m
giorno mese anno

deceduto/a in seguito a COVID-19: _____ data del decesso: _____
giorno mese anno

Malattie di base &
fattori di rischio:

☐ diabete ☐ malattie cardiovascolari ☐ immunosoppressione
☐ ipertensione ☐ malattie respiratorie croniche ☐ cancro
☐ nessuno ☐ altre: _____

ospedalizzazione: ☐ sì dal: _____ al: _____ ☐ no
giorno mese anno giorno mese anno

nome dell'ospedale: _____

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

trattamento in terapia intensiva: ☐ sì dal: _____ al: _____ ☐ no
giorno mese anno giorno mese anno

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

Osservazioni

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

data: ____/____/____ firma: _____

Medico cantonale

data: ____/____/____ firma: _____

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