

SCHEDA DI SEGNALAZIONE OBBLIGATORIA TUBERCOLOSI E MICOBATTERIOSI

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ ☐ M ☐ F
Codice Fiscale _____
Data di nascita: __/__/____ Luogo di nascita _____
Data arrivo in Italia se nato all'estero: __/__/____
Comune di residenza _____ Indirizzo _____
ASSL di residenza _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____ Telefono _____
Cittadinanza _____ Professione _____
Comune di inizio sintomi _____ Data inizio sintomi __/__/____
Data inizio terapia __/__/____

CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA

TBC ☐ Polmonare ☐ Extrapolmonare 1 _____ 2 _____ ☐ Disseminata
Ha avuto diagnosi TBC in passato ☐ se sì, data diagnosi: __/__/____ ☐ No ☐ Non noto
Classificazione in relazione ai precedenti trattamenti
☐ Nuovo caso (mai trattato) ☐ Recidiva (paziente trattato e guarito)
Agente eziologico ☐ M. Tuberculosis Complex ☐ M. Tuberculosis ☐ M. Bovis ☐ M. Africanum
☐ M. non tubercolare (specificare): _____

ESAMI DIAGNOSTICI EFFETTUATI

- Intradermoreazione	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso
- Quantiferon	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso
- Microscopico diretto su _____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso
- PCR	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso
- Esame colturale su _____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso
- Esami radiografici <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> HR TC	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Non effettuato
- Risposta terapia anti-TBC	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/> In corso
- Segni clinici suggestivi TBC-attiva	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Non Presenti

Data di denuncia: __/__/____

Medico che segnala (firma e timbro) _____

Recapito _____ Telefono _____