

# Tubercolosi: Scheda di Segnalazione Laboratori di Microbiologia

ASSL \_\_\_\_\_ Laboratorio \_\_\_\_\_

## Informazioni relative al paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso: M | \_\_\_\_ | F | \_\_\_\_ |

ASSL di Residenza \_\_\_\_\_

Data arrivo campione | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | Data referto | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

## Provenienza campione

☐ U.O. Pneumologia      ☐ U.O. Territoriale      ☐ U.O. Infettivi      ☐ Utente esterno  
☐ Altro *\_(specificare)\_* \_\_\_\_\_

## Materiale biologico

☐ Espettorato      ☐ BAL/Bronco aspirato      ☐ Liquido pleurico      ☐ Liquor  
☐ Aspirato gastrico      ☐ Liquido peritoneale      ☐ Sangue      ☐ Urine  
☐ Biopsia/linfonodo      ☐ Liquido peritoneale      ☐ Altro *\_(specificare)\_* \_\_\_\_\_

Esame	Eseguito	Esito	Metodo
Esame microscopico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	_____
Amplificazione diretta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	_____
Amplificazione da coltura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	_____
Coltura terreno solido	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	_____
Coltura terreno liquido	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	_____
<b>Micobatterio isolato</b>			
MTB complex	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non tipizzato <input type="checkbox"/> Tipizzato _____	
Altro	_____ <i>_(specificare)_</i> _____		

Test di sensibilità	Esito	
Isoniazide	<input type="checkbox"/> Sensibile	<input type="checkbox"/> Resistente
Rifampicina	<input type="checkbox"/> Sensibile	<input type="checkbox"/> Resistente
Etambutolo	<input type="checkbox"/> Sensibile	<input type="checkbox"/> Resistente
Streptomycin	<input type="checkbox"/> Sensibile	<input type="checkbox"/> Resistente
Pirazinamide	<input type="checkbox"/> Sensibile	<input type="checkbox"/> Resistente

 Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Trasmesso il | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

A \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
*Timbro e firma del Responsabile del Laboratorio*