

Modello. A - Scheda di segnalazione di tubercolosi e micobatteriosi non tub. (classe III)

Tubercolosi [] polmonare ☐ ☐ escavata ☐ ☐ escreato D+ ☐ ☐
Micobatteriosi non tubercolare []

Caso sospetto []
Caso accertato []

Sezione 1 (Per tutti i casi: da trasmettere entro 3 giorni se sospetta/accertata TB contagiosa; per i casi appartenenti allo stesso focolaio epidemico entro 12 ore).

ASL/Azienda ospedaliera. [_____]	Presidio [_____]
Centro (Reparto/Servizio/UO) [_____]	
Cognome [_____]	Nome [_____]
	Sesso ☐ ☐
Data di Nascita [____/____/____]	Paese di Nascita (se nato all'estero) [_____]
Domicilio: Comune [_____]	Via [_____]
Telefono [_____]	Note sul domicilio [_____]

Eventuali notizie aggiuntive

professione [_____] vive in comunità ☐ ☐ se si spec. [_____]
senza fissa dimora ☐ ☐ iscritto al SSNN ☐ ☐ se nato all'estero in Italia dall'anno [_____]

Sezione 2 (per i casi definiti) - trattamento antitubercolare: (barrare una sola voce)

primo trattamento ☐	
già trattato ☐	anno del trattamento [_____]
trasferito da altro centro ☐	denom, indirizzo [_____]

Se iniziata la terapia presso altro centro: data di inizio della terapia [____/____/____]

Storia della malattia (barrare una sola voce)

nuovo caso ☐	recidiva in paziente guarito ☐	recidiva in trattamento completato ☐
rientrato dopo perso ☐	ripreso trattamento interrotto ☐	fallimento terapeutico ☐

Agente: ☐ Non tipizzato ☐ TB Complex ☐ M.Tuberculosis ☐ M.bovis ☐ MTN [_____]

Diagnosi basata su

esame colturale escreato	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
coltura altro materiale (se pos. spec. _____)	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
esame diretto escreato	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
esame dir. altro mat. (se pos. spec. _____)	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
esame istologico	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
esami radiografici	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
test tubercolinici	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
risposta alla terapia (ex adjuvantibus)	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
criteri clinici	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐
riscontro autoptico	positivo ☐	negativo ☐	non eseguito ☐	in corso ☐

Localizzazione TB: polmonare ☐ escavata ☐ extra polmonare ☐ disseminata (più di 2 sedi, miliare) ☐
sede (RX) [_____] sede extrap. (max 2) [_____]

Il paziente in data: ____/____/____ è stato dimesso senza indicazioni ☐
è stato trasferito o dimesso a carico di altro reparto/ospedale/centro ☐ _____
è stato assunto in trattamento presso questo centro ☐ (compilare MOD B se TB polmonare accertata)

Data ____/____/____

Il responsabile del centro _____