

**ALLEGATO 2****- Scheda di valutazione degli esiti del trattamento dei casi di TB**

(Per i casi di TB polmonare accertata assunti in trattamento da parte del centro: trasmettere al termine del trattamento presso il centro, al SISP di competenza)

Sezione 1- Raccordo con il Modello A			
Azienda Sanitaria [_____]		Presidio [_____]	
Centro (Dipartimento/Servizio/U.O.) [_____]			
Cognome		Nome	Sesso [M] [F]
Data di Nascita giorno [__] [__] mese [__] [__] anno [__] [__]		Paese di Nascita (se nato all'estero) [_____]	
Domicilio: Comune [_____]		Via [_____]	
Telefono [_____]		Note sul domicilio [_____]	

Sezione 2 - Trattamento antitubercolare al momento della presa in carico del paziente.			
Data di inizio della terapia (<i>data di inizio della terapia presso il centro che compila la scheda</i>)			
Ricovero []	Cura Ambulatoriale []	DOT []	
Data di inizio della terapia: giorno [__] [__] mese [__] [__] anno [__] [__]			
Trattamento (<i>terapia programmata</i>)	Fase iniziale (<i>n° mesi</i>)	Continuazione (<i>n° mesi</i>)	Note
Isoniazide			
Rifampicina			
Pirazinamide			
Etambutolo			
Terapia modificata in data: __ __ / __ __ / __ __ per effetti collaterali [] fallimento [] altro [] Specificare :			

Sezione 3 - Valutazione alla fine del trattamento			
Terapia modificata : [No] [Si]			
Esito del trattamento (<i>barrare una sola voce</i>)			
[] guarito	[] fallimento terapeutico		
[] trattamento completato	[] trasferito presso altra struttura [_____]		
[] deceduto	[] trattamento interrotto	[] per comparsa di effetti collaterali	
		[] perché il paziente non è collaborante	
		[] perché il paziente è stato perso al follow-up	

Data di chiusura modello B: __ __ / __ __ / __ __

Note: _____

Il Responsabile del Centro _____
(Timbro e/o firma leggibile)