

**ALLEGATO 1****- Scheda di segnalazione di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare (classe III)**

<input type="checkbox"/> Tubercolosi polmonare [Si] [No] ; escavata [Si] [No] ; escreato D+ [Si] [No]	<input type="checkbox"/> Caso sospetto
<input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare	<input type="checkbox"/> 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).

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
Eventuali notizie aggiuntive	
Professione	vive in comunità [Si] [No] se si specificare
senza fissa dimora [Si] [No] iscritto al SSN [Si] [No] se nato all'estero, è in Italia dall'anno	

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

<input type="checkbox"/> primo trattamento
<input type="checkbox"/> già trattato anno del trattamento
<input type="checkbox"/> trasferito da altro centro denominazione, indirizzo
Se iniziata la terapia presso altro centro: data di inizio della terapia: giorno [] [] mese [] [] anno [] []
Storia della malattia (barrare una sola voce)
<input type="checkbox"/> nuovo caso <input type="checkbox"/> recidiva in paziente guarito <input type="checkbox"/> recidiva in trattamento completato
<input type="checkbox"/> rientrato dopo perso <input type="checkbox"/> ripreso trattamento interrotto <input type="checkbox"/> fallimento terapeutico
Agente:
<input type="checkbox"/> Non tipizzato; <input type="checkbox"/> M.T. Complex; <input type="checkbox"/> M. tuberculosis; <input type="checkbox"/> M. bovis; <input type="checkbox"/> MTN []
Diagnosi basata su:
esame colturale escreato positivo [] negativo [] non eseguito [] in corso []
coltura altro materiale (poss. specificare) positivo [] negativo [] non eseguito [] in corso []
esame diretto escreato positivo [] negativo [] non eseguito [] in corso []
esame dir. altro mater.(poss. specificare ---) positivo [] negativo [] non eseguito [] in corso []
esame istologico positivo [] negativo [] non eseguito [] in corso []
esami radiografici positivo [] negativo [] non eseguito [] in corso []
test tubercolinico 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 []
Tipologia/Localizzazione TB:
<input type="checkbox"/> polmonare <input type="checkbox"/> scavata <input type="checkbox"/> extra polmonare disseminata (più di 2 sedi, miliare) []
sede (RXgrafica) [] sede extrap. (max 2) []
Il paziente in data: ___ / ___ / ___ : <input type="checkbox"/> è stato dimesso senza indicazioni; <input type="checkbox"/> è stato trasferito o dimesso a carico di altro reparto/ospedale/centro _____ <input type="checkbox"/> è stato assunto in trattamento presso questo centro (compilare MOD B se TR polmonare accertata)

Data ___ / ___ / ___

Il Responsabile