

**ALLEGATO 3****- Scheda di segnalazione dell' U.O. di Microbiologia**

Laboratorio di Microbiologia di:	Operatore [_____]			
Periodo di riferimento:	Anno [_____]		Semestre I [_] II [_]	
Ai sensi dell'art.254 del T.U.LL.SS. si trasmettono i dati relativi ai saggi di sensibilità ai farmaci antitubercolari eseguiti da questa U.O. di Microbiologia				
Dati anagrafici	1	2	3	4
Cognome				
Nome				
Sesso	[M] [F]	[M] [F]	[M] [F]	[M] [F]
Data di nascita	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]
Data arrivo campione	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]
Data del referto:	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]
Materiale biologico				
Escreato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAL/Broncoaspirato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirato gastrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido/biopsia pleurica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsia linfonodale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido/biopsia peritoneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esito test di sensibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoniazide	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●
Rifampicina	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●
Etambutolo	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●
Streptomina	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●	S ● R ●

Data: ___ / ___ / ___

(Firma e timbro dell'operatore)