



Tubercolosi (TB)

Dichiarazione di referti clinici

Si prega di rispedire completato entro 7 giorni al medico cantonale^a (non direttamente all'UFSP).^b

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ___/___/_____ sesso: f m

via: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel: _____

paese di residenza, se non CH: _____

nazionalità: CH altra: _____ paese di nascita: _____

per persone con nazionalità/paese di nascita altro che CH, data d'entrata in Svizzera (mese/anno): ___/____

Diagnostica e manifestazione

organo colpito: polmone linfonodi intratoracici linfonodi extratoracici
 pleura meningi SNC (meningi escluse)
 urogenitale peritoneo / tubo digerente forma disseminata
 colonna vertebrale ossa / articolazioni (salvo colonna vertebrale) altre localizzazioni: _____

laboratorio: _____ nome/tel: _____

Se sono stati effettuati più esami di laboratorio a partire dallo stesso campione clinico, indicare con una crocetta unicamente i risultati positivi.

	PCR diretta (Xpert o simili)				Microscopia				Coltura			
	pos	neg	in corso	non eseguito	pos	neg	in corso	non eseguito	pos	neg	in corso	non eseguito
Espettorato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secrezione bronchiale/liquido del lavaggio bronchiale/aspirato bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro materiale: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evoluzione

anamnesi: Una TB è già stata diagnosticata precedentemente? sì no non noto

Se sì, data della diagnosi (mese/anno): ___/____ non noto

Trattamento precedente con antitubercolotici durante > 1 mese? sì no non noto

Se sì, quando (mese/anno): ___/____ non noto

trattamento attuale: data dell'inizio terapia (o data della diagnosi se non è stato avviato alcun trattamento): ___/___/____

data prevista fine terapia: ___/___/____

farmaci assunti all'inizio del trattamento attuale: Isoniazide Rifampicina Pyrazinamide Ethambutolo

Delamanid Bedaquilina Moxifloxacina Linezolid

altri antitubercolotici: _____

se non è stato avviato alcun trattamento, deceduto prima dell'inizio della terapia? sì no

Osservazioni

Medico nome, indirizzo, tel/fax (o timbro): _____

Medico curante nome, indirizzo _____

data: ___/___/____ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: ___/___/____ firma: _____

^a il cantone di residenza del/la paziente fa fede, se manca il cantone di residenza, il luogo della terapia. Indicare per favore tutti i casi di tubercolosi confermati in colture nonché tutti gli altri casi per i quali una terapia con almeno 3 medicinali è stata iniziata.

^b i formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.bag.admin.ch/infreporting>