



Tubercolosi (TB) Dichiarazione complementare

MDR-TB: resistenza all'isoniazide e alla rifampicina

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

Le informazioni sul risultato della terapia saranno richieste 24 mesi dopo l'inizio della terapia con medicinali di riserva

Paziente

Cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m

Evoluzione

Data dell'inizio della terapia con medicinali di riserva per MDR: __/__/____

Data della fine inizialmente prevista della terapia: __/__/____

Data della fine effettiva della terapia (ultima dose antitubercolare): __/__/____

Risultato della terapia

Segnare con una crocetta unicamente il primo risultato ottenuto:

- Paziente guarito:** ultime 3 colture con intervalli di almeno 1 mese negative dopo interruzione dei farmaci iniettabili
- Terapia conclusa** senza messa in evidenza di 3 colture negative con intervallo di almeno 1 mese dopo interruzione dei farmaci iniettabili,
ragione: durata della terapia prevista rispettata
 altre cause: _____
- Interruzione o sospensione della terapia:** interruzione della terapia da parte del paziente per almeno due mesi consecutivi o sospensione
- Fallimento terapeutico**, cioè terapia interrotta o sostituzione definitiva di almeno 2 farmaci a causa:
 colture non ancora negative dopo l'interruzione dei farmaci iniettabili o dopo l'8° mese di trattamento (2 colture a intervallo di un mese non entrambe negative)
 riconversione a colture positive (2 colture positive a distanza d'almeno un mese, malgrado colture precedentemente negative)
 sviluppo di resistenze supplementari, durante la terapia, ai fluorochinoloni o ai farmaci iniettabili
 interruzione da parte del medico a causa degli effetti secondari
- Paziente deceduto** prima dell'inizio o durante la terapia della tubercolosi,
causa del decesso: TB altra causa
- Trasferimento** del paziente in un altro centro per l'inizio o per la continuazione della terapia e nessuna informazione sul risultato della terapia disponibile:
nome del medico: _____ tel.: _____
indirizzo dello studio medico/ospedale: _____ e-mail: _____

- Paziente ancora sotto terapia** 24 mesi dopo l'inizio della terapia per tubercolosi multiresistente (e nessun altro risultato di questa lista è applicabile)
causa: _____
- Non noto:** nessun dato sul risultato della terapia, causa: _____

Osservazioni

Medico curante nome, indirizzo, n° tel./fax (o timbro): _____

Data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

Data: __/__/____ firma: _____

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