



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

Tubercolosi (TB) Dichiarazione complementare

Senza multiresistenza: ceppo sensibile all'isoniazide e alla rifampicina

Le informazioni sul risultato della terapia saranno richieste 12 mesi dopo l'inizio della terapia.

Paziente

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

Evoluzione

Data dell'inizio della terapia: __/__/____

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:** terapia effettuata con documentazione durante tutta la durata della terapia inizialmente prevista e messa in evidenza delle colture negative
- Terapia conclusa:** terapia effettuata con documentazione durante tutta la durata della terapia inizialmente prevista, ma senza messa in evidenza delle colture negative
- Interruzione o sospensione della terapia** da parte del paziente per almeno due mesi consecutivi
ragione: _____
- Fallimento terapeutico:** colture persistenti o di nuovo positive dopo ≥ 5 mesi di terapia
- Paziente deceduto** prima dell'inizio o durante la terapia della tubercolosi,
causa del decesso: TB altra causa
- Trasferimento** del paziente 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** 12 mesi dopo l'inizio (e nessun altro risultato di questa lista è applicabile)
- 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>