



# Tubercolosi (TB)

## Dichiarazione di referti clinici

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

### 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: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> 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.

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