



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

# Tubercolosi (TB)

## Dichiarazione di referti clinici

### 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				Cultura			
	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 mai stata diagnosticata in passato? ☐ 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 ☐ Moxifloxacin ☐ Linezolid  
☐ altri antitubercolotici: \_\_\_\_\_

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

### Osservazioni

Medico nome, indirizzo, tel (o timbro): \_\_\_\_\_

Medico curante nome, indirizzo \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Medico cantonale

misure: ☐ no ☐ sì: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<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>