



Tuberculosis (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:	<input type="checkbox"/> polmone	<input type="checkbox"/> linfonodi intratoracici	<input type="checkbox"/> linfonodi extratoracici
	<input type="checkbox"/> pleura	<input type="checkbox"/> meninge	<input type="checkbox"/> SNC (meningi escluse)
	<input type="checkbox"/> urogenitale	<input type="checkbox"/> peritoneo / tubo digerente	<input type="checkbox"/> forma disseminata
	<input type="checkbox"/> colonna vertebrale	<input type="checkbox"/> ossa / articolazioni (salvo colonna vertebrale)	<input type="checkbox"/> 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"/>											
Secrezione bronchiale/liquido del lavaggio bronchiale/aspirato bronchiale	<input type="checkbox"/>											
Altro materiale:	<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 Moxifloxacina Linezolid

altri antituberculotici: _____

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: ____/____/____

^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 medicamenti è stata iniziata.

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