



Si prega di compilare e rispedire
entro una settimana al medico
cantonale (non direttamente
all'UFSP).^a

Tubercolosi (TB) Dichiarazione complementare

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: ____/____/____ sesso: ☐ f ☐ m

via: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel: _____

Evoluzione

Data di inizio della terapia: ____/____/____

Data di valutazione clinica: ____/____/____

Data dell'esito della terapia / della conclusione della terapia: ____/____/____

Data di assunzione dell'ultima compressa / delle ultime compresse: ____/____/____

Risultato della terapia

Si prega di segnare **una sola risposta**

- ☐ **Tubercolosi polmonare guarita:** paziente con una tubercolosi polmonare batteriologicamente confermata all'inizio della terapia, curato completamente secondo le linee guida e per il quale la guarigione è stata confermata da analisi microbiologiche. In caso di tubercolosi resistente, la conversione deve essere dimostrata mediante colture.
- ☐ **Conclusione della terapia:** paziente per il quale la terapia è considerata clinicamente efficace ed è stata completamente eseguita secondo le linee guida, ma per il quale la conferma microbiologica non è possibile o non è ragionevole.
- ☐ **Fallimento della terapia:** paziente che deve cambiare la terapia con isoniazide, rifampicina, etambutolo e/o pirazinamide perché
- ☐ la terapia non è clinicamente efficace e/o le colture restano positive;
 - ☐ sono insorti effetti indesiderati ai medicinali;
 - ☐ il laboratorio dichiara resistenze.
- ☐ **Decesso:** il paziente è deceduto per TB o altri motivi prima o durante la terapia.
- ☐ **Interruzione della terapia:** il paziente ha dovuto interrompere la terapia per due o più mesi consecutivi.
- ☐ **Trasferimento** a un'altra unità di trattamento.
- Cognome / nome del nuovo medico curante: _____
- Via: _____
- NPA / luogo: _____ Cantone: _____
- ☐ **Esito della terapia non noto:** il paziente non può essere attribuito a una delle categorie sopra elencate.
- ☐ **Nessuna tubercolosi:** i referti delle analisi di laboratorio mostrano che non si tratta di tubercolosi (p. es. micobatteri atipici, contaminazione, errore di analisi).

Osservazioni

Medico curante

Nome, indirizzo, n. tel. o timbro

Data: ____/____/____

Medico cantonale

Data: ____/____/____

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