

**Tubercolosi: scheda individuale per contatto a rischio**

Scheda 1

Informazioni relative al caso indice

ASSL _____ Segnalazione n° _____ Anno _____

Informazioni relative al contatto

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita |__| |__| |__| | Luogo di Nascita _____ Sesso: M |__| | F |__| |

Domicilio abituale: _____

Ambito del contatto Scuola Famiglia Lavoro Struttura sanitaria altro *_specificare_* _____**Tipo di contatto** Stretto Regolare Occasionale**Fattori di rischio individuali**

<input type="checkbox"/> Diabete mellito	<input type="checkbox"/> Silicosi/BPCO	<input type="checkbox"/> Terapia immunosoppressiva
<input type="checkbox"/> Malassorbimento/denutrizione	<input type="checkbox"/> Grave immunodeficienza	<input type="checkbox"/> Chemioterapia anti tumorale
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica	<input type="checkbox"/> Patologie autoimmuni	<input type="checkbox"/> Chemioterapia anti rigetto
<input type="checkbox"/> Leucemie/linfomi/tumori maligni	<input type="checkbox"/> Tossicodipendenza/alcolismo	<input type="checkbox"/> Esiti radiografici di TB

Anamnesi tubercolare

Data prima visita |__| |__| |__| | Mesi dall'ultimo contatto con il caso |__| |

Vaccinato con BCG sì, anno |__| | no non noto**TB in passato:** no non noto sì, anno |__| | trattata farmacologicamente sì no non noto**Risposta a ID Mantoux 5U1**

Precedenti	Data __ __ __	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Diametro dell'infiltrato mm __
Precedenti	Data __ __ __	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Diametro dell'infiltrato mm __
Prima valutazione	Data __ __ __	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Diametro dell'infiltrato mm __
Dopo 61-90 giorni	Data __ __ __	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Diametro dell'infiltrato mm __

Note: _____**Trasmesso il** |__| |__| |__| |

A _____

*Timbro, firma del medico SISP***RX Torace:** negativo lesioni specifiche altro _____

Test IGRA	Data __ __ __	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Valore __
Test IGRA	Data __ __ __	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Valore __

Diagnosi al termine della valutazione ITBL Esiti di TB TB attiva Negativo per ITBL/TB Non noto**Interventi al termine della valutazione**Il contatto presenta indicazione per chemioprolassi: sì noHa iniziato la chemioprolassi: no sì quando |__| |__| |__| | fine |__| |__| |__| |**Se no, indicare il motivo:** rifiuta la chemioprolassi
 viene avviato a sola sorveglianza sanitaria**Valutazione finale** chemioprolassi completata

<input type="checkbox"/> chemioprolassi interrotta per:	<input type="checkbox"/> comparsa di effetti collaterali	<input type="checkbox"/> rifiuto del paziente
	<input type="checkbox"/> perdita al follow-up	<input type="checkbox"/> decesso
	<input type="checkbox"/> insorgenza di TB attiva	

Note: _____**Trasmesso il** |__| |__| |__| |

A _____

Timbro, firma del medico specialista