



Tubercolosi: scheda individuale per soggetto a rischio

Scheda 1/bis

Informazioni relative al soggetto

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita |____| |____| |____| | Luogo di Nascita _____ Sesso: M |____| F |____|
Domicilio abituale: _____

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 |
| <input type="checkbox"/> Recluso in istituto | <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora | <input type="checkbox"/> immigrato da paese ad alta endemia |
| <input type="checkbox"/> Esposto a rischio professionale | <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

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 5UI

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 ☐ no
Ha iniziato la chemioprolassi: ☐ no ☐ sì quando |____| |____| |____| | fine |____| |____| |____| |

Se no, indicare il motivo:

- ☐ rifiuta la chemioprolassi
☐ viene avviato a sola sorveglianza sanitaria

Valutazione finale

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> chemioprolassi completata | <input type="checkbox"/> comparsa di effetti collaterali | <input type="checkbox"/> rifiuto del paziente |
| <input type="checkbox"/> chemioprolassi interrotta per: | <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