

**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 notoTB 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 ☐ 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☐ 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*