

# Tubercolosi: scheda per la sorveglianza degli esiti del trattamento

## Informazioni relative al paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso: M |\_\_\_\_| F |\_\_\_\_|

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_

(Via/piazza, numero civico, Comune, Provincia)

Recapito telefonico del paziente e di un familiare \_\_\_\_\_

Forma: ☐ polmonare ☐ disseminata

☐ extrapolmonare: (specificare sede) \_\_\_\_\_

DATA INIZIO SINTOMI |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

## Informazioni relative al trattamento

DATA INIZIO TERAPIA |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

DOT: ☐ si ☐ parziale ☐ no

Trattamento (terapia programmata)	Fase iniziale (n° mesi)	Continuazione (n° mesi)	Note
Isoniazide			
Rifampicina			
Pirazinamide			
Etambutolo			
Streptomicina			

Terapia modificata in data |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| per:

☐ effetti collaterali

☐ fallimento

☐ altro, specificare: \_\_\_\_\_

## Esito del trattamento (barrare una sola voce)

☐ guarito

☐ fallimento terapeutico

☐ trattamento completato

☐ trasferito: (dove) \_\_\_\_\_

☐ deceduto per TB

☐ trattamento interrotto:

☐ per comparsa di effetti collaterali

☐ deceduto per altra causa

☐ perché paziente non collaborante

☐ perché paziente perso al follow-up

## Descrizione dell'attuale stato del paziente, altri dati clinici rilevanti ed eventuali altre note

---



---



---



---

Data fine follow-up |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Timbro personale, firma del medico e recapiti telefonici