



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Scheda A 2

## Scheda di sorveglianza clinica ed epidemiologica

ATS Sardegna - ASSL \_\_\_\_\_ Scheda n° \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**Patologia:** TUBERCOLOSI ☐ MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE ☐

Data segnalazione al Servizio Igiene Pubblica \_\_\_\_\_

Medico segnalatore: \_\_\_\_\_

Reparto/Servizio/Ambulatorio/Laboratorio \_\_\_\_\_

Segnalazione solo dal Laboratorio di Microbiologia/Servizio di Anatomia Patologica? SI ☐ NO ☐

**Agente eziologico:** \_\_\_\_\_ Non identificato ☐

### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

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

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

Iscritto al S.S.N.: SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐ STP: SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Anno di ingresso in Italia \_\_\_\_\_ se anno non noto: presente da più di 3 anni SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Nazionalità: \_\_\_\_\_

Senza fissa dimora SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Vive in collettività SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐ Se si:

☐ Casa protetta

☐ Lungodegenza

☐ Residenza per recupero tossicodipendenti

☐ RSA

☐ Residenza protetta

☐ Residenza per immigrati/profughi

☐ Comunità alloggio

☐ Caserma

☐ Residenza per malati psichici

☐ Casa di riposo

☐ Ist.Penitenziario/di Rieducazione

☐ Altro

Residenza: Via/P.zza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Domicilio abituale: Via/P.zza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

**Titolo di studio:**

Nessuno ☐ Licenza Elementare ☐ Licenza media inferiore ☐ Diploma superiore ☐ Laurea ☐ Non noto ☐

**Professione:** ☐ Studente

Occupato, specificare:

☐ Pensionato/invalido

☐ - Medico

☐ - Veterinario

☐ Casalinga

☐ - Infermiere

☐ - Allevatore e lavoratori di allevamenti

☐ Disoccupato

☐ - Altro personale dei Servizi Sanitari

☐ - Personale Ist.Penitenziari/Rieducaz.

☐ Non nota

☐ - Operatore sociale

☐ - Altra occupazione

Azienda/Ditta/Scuola \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

### CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA

Inizio sintomi: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Stato in vita al momento della diagnosi: ☐ Ovivente ☐ Odecaduto

Il paziente è ricoverato al momento della diagnosi? ☐ Osì ☐ Ono se sì: Data ricovero |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

### TERAPIA INIZIALE

**Data inizio terapia** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (se diagnosi *post-mortem* o decesso prima dell'inizio terapia: data della morte)

**Centro presso il quale il paziente ha iniziato la terapia (Reparto/Servizio/Ambulatorio)**

Terapia iniziale

Isoniazide SI ☐ NO ☐

Rifampicina SI ☐ NO ☐

Etambutolo SI ☐ NO ☐

Pirazinamide

SI ☐ NO ☐

Streptomycin

SI ☐ NO ☐

SI ☐ NO ☐

SI ☐ NO ☐

