**Risultati del test d’indagine ambientale: numero di caso TB**

**Risultati per :**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome, nome: |  |
| Data di nascita:: |  |
| Indirizzo: |  |
| Telefono: |  |
| Ultimo contatto con PI |  |
| Luogo del contatto |  |
| Tipi di relazione |  |

|  |
| --- |
| **Vaccinazione BCG** sì data:        no  non noto |
| **precedente test cutaneo della tubercolina** sì, data:       Risultato: referto in mm mm  no  non noto |
| **precedente esame del sangue (IGRA)**  QuantiFERON -TB-Gold Test  T-SPOT.TB Test  non noto  sì data        no  non noto  Referto:  positivo  negativo  incerto/indeterminato |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Accertamenti \*\*** | | | | | | |
| **1.** | **Test della tubercolina (THT)\*\*\*  subito per età da 1 mese a ≤ 12 anni** | | THT inoculato:  Data: data inoculazione | THT letto:  Data: data di lettura | | \*Risultato  Referto in mm mm |
| **2.** | **Test della tubercolina (THT)\*\*\* 2 mesi dopo il contatto per età**  **da 1 mese a ≤ 12 anni e**  **adulti > 12 anni** | | THT inoculato:  Data: data inoculazione | THT letto:  Data: data di lettura | | \*Risultato  Referto in mm mm |
| **3.** | **1° esame del**  **sangue (IGRA)**  **senza tempo di attesa** | QuantiFERON -TB-Gold Test  Data: data  **Valore di laboratorio:**  IU/ml: valore Mitogeno: valore  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterminato | | | T-SPOT.TB Test  Data: data  **Valore di laboratorio:**  ESAT-6: valore CFP-10: valore  **Infettato:**  sì  no incerto/indeterminato | |
| **4.** | **2° esame del sangue (IGRA)**  **2 mesi dopo il contatto** | QuantiFERON -TB-Gold Test  Data: data  **Valore di laboratorio:**  IU/ml: valore Mitogeno: valore  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterminato | | | T-SPOT.TB Test  Data: data  **Valore di laboratorio:**  ESAT-6: valore CFP-10: valore  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterminato | |
| **5.** | **Radiografia del torace** | Data: data Referto:referto | | | | |
| \* **Dare p. f. i risultati del test cutaneo della tubercolina in millimetri, non solo *positivo* o *negativo***  **\*\* Secondo le raccomandazioni del “Manuale della tubercolosi”, della Lega polmonare svizzera e dell’UFSP**  **(www.tbinfo.ch)**  **\*\*\*In caso di immunosoppressione senza tempo d’attesa e dopo otto settimane eseguire solo l’esame del sangue** | | | | | | |

**Misure terapeutiche intraprese:**

* Nessuna  Motivo ………………………………………………………………………………………….…
* Trattamento di un’infezione tubercolare (TBI): Sì  No

Se **sì**, con cosa?

**Isoniazide** durante ….… mesi **oppure**

**Rifampicina** durante ……. mesi **oppure**

**Rifampicina e Isoniazide** durante ……. mesi

Inizio del trattamento: …….(data)

Osservazioni, ulteriori misure: …………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

Data: ……………………..Timbro e firma:….……………………………………………………………………….