**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 | \*RisultatoReferto 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 | \*RisultatoReferto in mm mm |
| **3.** | **1° esame del** **sangue (IGRA)****senza tempo di attesa** | [ ]  QuantiFERON -TB-Gold TestData: data**Valore di laboratorio:**IU/ml: valore Mitogeno: valore**Infettato:**[ ]  sì [ ]  no [ ]  incerto/indeterminato | [ ]  T-SPOT.TB TestData: 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 TestData: data**Valore di laboratorio:**IU/ml: valore Mitogeno: valore**Infettato:**[ ]  sì [ ]  no [ ]  incerto/indeterminato | [ ]  T-SPOT.TB TestData: 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:….……………………………………………………………………….