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

**Risultati di :**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Accertamenti\*\*** | | | | | | |
| **1.** | **Test della tubercolina (THT)\*\*\*  subito per età da 1 mese a ≤ 12 anni** | | THT inoculato:  Data: …………… | THT letto:  Data: ……………. | | \*Risultato  ……………mm |
| **2.** | **Test della tubercolina (THT)\*\*\* 2 mesi dopo il contatto per età**  -**da 1 mmese a ≤ 12 anni e**  **adulti > 12 anni** | | THT inoculato:  Data: …………… | THT letto:  Data: ……………. | | \*Risultato  ……………mm |
| **3.** | **1° esame del**  **sangue (IGRA)**  **senza tempo di attesa** | QuantiFERON -TB-Gold Test  Data:.......................  **Valore di laboratorio:**  IU/ml: .................... Mitogeno: ....................  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterminato | | | T-SPOT.TB Test  Data:..........................  **Valore di laboratorio:**  ESAT-6: .................... CFP-10: ....................  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterminato | |
| **4.** | **2° esame del  sangue (IGRA)**  **2 mesi dopo il contatto** | QuantiFERON -TB-Gold Test  Data:........................  **Valore di laboratorio:**  IU/ml: .................... Mitogeno: ....................  **Infettato:**  sì  no incerto/indeterminato | | | T-SPOT.TB Test  Data:………………  **Valore di laboratorio:**  ESAT-6: .................... CFP-10: ....................  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterminato | |
| **5.** | **Radiografia del torace** | Data:……….……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:….………………………………………………………………………

Nome Cognome Lega polmonare       Fax Telefax

E-Mail Via       Sito Internet

Telefono diretto       NPA Località