### 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 contattoTipo 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 TestData:.......................**Valore di laboratorio:**IU/ml: .................... Mitogeno: .................... **Infettato:**[ ]  sì [ ]  no [ ]  incerto/indeterminato | [ ]  T-SPOT.TB TestData:..........................**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 TestData:........................**Valore di laboratorio:**IU/ml: .................... Mitogeno: .................... **Infettato:**[ ]  sì [ ]  no [ ] incerto/indeterminato | [ ]  T-SPOT.TB TestData:………………**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