**Risultato del test di screening di**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome, nome: |  |
| Data di nascita: |  |
| Indirizzo: |  |
| NPA, località: |  |
| Telefono: |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Accertamenti\*** | | | | | |
| **1.** | **Test cutaneo della tubercolina (THT)** | THT inoculato  Data:……………………. | Test letto  Data: ……………………. | | Risultato\*\*:  ………….mm |
| **2.** | **Esame del sangue  IGRA** | QuantiFERON -TB-Gold Test  Data: ...............................  **Valore di laboratorio:**  IU/ml: ................... Mitogeno: ..................  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterm. | | T-SPOT.TB Test  Data:…………………………  **Valore di laboratorio:**  ESAT-6: ................... CFP-10: ....................  **Infettato:**  sì  no  incerto/indeterminato | |
| **3.** | **Radiografia del torace** | Data: ………………Referto: ………………………..……………………………. | | | |
| \* **Secondo le raccomandazioni del “Manuale della tubercolosi”, della Lega polmonare svizzera**  **(www.tbinfo.ch)**  **\*\* Dare p. f. i risultati del test della tubercolina in millimetri, non solo positivo o negativo** | | | | | |

**Misure terapeutiche intraprese:**

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

Se **sì**, con cosa?

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

**Rifampicina** durante ……. mesi

Inizio del trattamento, data: …………………

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

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