**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 inoculatoData:……………………. | Test lettoData: ……………………. | Risultato\*\*: ………….mm |
| **2.**  | **Esame del sangue IGRA** | [ ]  QuantiFERON -TB-Gold TestData: ...............................**Valore di laboratorio:**IU/ml: ................... Mitogeno: .................. **Infettato:**[ ]  sì [ ]  no [ ]  incerto/indeterm. | [ ]  T-SPOT.TB TestData:…………………………**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:………………………………………………………….…