###

### Risultato del test di screening per

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

|  |
| --- |
| **Vaccinazione BCG [ ]** sì, data:      **[ ]**  no **[ ]**  non noto |
| **precedente test cutaneo della tubercolina [ ]** sì, risultato\* referto in mm mm, data:      [ ]  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 cutaneo della tubercolina (THT)** | THT inoculatoData:       | Test lettoData:       | Risultato\*\*:       mm |
| **2.**  | **Esame del sangueIGRA** | [ ]  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:………….……………………………………………

Nome Cognome Lega polmonare       Telefono

E-Mail Via Fax

Telefono diretto       NPA Località Sito internet