### 

### 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 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:………….……………………………………………

Nome Cognome Lega polmonare       Telefono

E-Mail Via Fax

Telefono diretto       NPA Località Sito internet