Appellativo

Nome Cognome

Via N.

NPA Località

Luogo, data

**Risultato del trattamento dell’infezione tubercolare (TBI) di**

**Cognome Nome, nato/a il data di nascita, Via N., NPA Località**

Gentile signora … ((Appellativo Cognome))

Egregio signor … ((Appellativo Cognome))

Su mandato del Servizio medico cantonale la preghiamo di comunicarci il risultato del trattamento di Cognome Nome.

Rinvii p. f. il formulario, debitamente compilato e utilizzando la busta per la risposta allegata, assolutamente all’indirizzo sotto indicato.

Grazie!

Cordiali saluti

LEGA POLMONARE …

Nome Cognome

Servizio competente tubercolosi

|  |
| --- |
| **Risultato del trattamento della TBI con:** **[ ]  Isoniazide** **[ ]  Rifampicina****[ ]  Rifampicina e Isoniazide** |
| **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | Inizio del trattamento: ………………..Concluso il: ………………..Interrotto il: ……………, motivo: …………………………………………………..Non ancora concluso, motivo: ………………………………………………………. Prevedibile conclusione della terapia il: ………………………. |

Data: …………………..

Timbro e firma: ……………………………………………