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: ……………………………………………