



U.O.a. PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO
SCHEDA RACCOLTA DATI **TUBERCOLOSI POLMONARE**

SCHEDA N° _____

DATI ANAGRAFICI E DI RICOVERO

COGNOME _____ NOME _____ DATA NASCITA _____ SESSO: M F ¹
 DATA RICOVERO _____ REPARTO _____ N° CARTELLA (SDO) _____
 RESIDENZA: Alloggio privato ¹ Comunità ² Senza fissa dimora ³ Carcere ⁴ NN ⁵
 PROVINCIA RESIDENZA: _____ PROFESSIONE: _____
 DIAGNOSI RICOVERO → medica ¹ chirurgica ² traumatica ³ altro ⁵ _____ Pregressa TB SI NO
 DIAGNOSI DI DIMISSIONE _____ DATA DIMISSIONE _____
 ESITO RICOVERO: guarito ¹ migliorato ² invariato ³ deceduto ⁴ trasferito ⁵ uscito contro parere ⁶

ZONA DI ORIGINE

Italia ¹ Resto Europa ³ Nordafrica ⁵ Asia ⁷
 CEE ² Africa Subsahariana ⁴ Sud America ⁶ Altro / NN ⁸

SINTOMI, PATOLOGIE CONCOMITANTI E FATTORI DI RISCHIO

CIRROSI SCOMPENSATA -----	<input type="checkbox"/>	TERAPIA CON: (specificare tipo e dose in atto nei 20 gg precedenti la IBVR) IMMUNODEPRESSORI _____ SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ² NN <input type="checkbox"/> ³ _____ CORTISONICI _____ SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ² NN <input type="checkbox"/> ³ _____ CHEMIOTERAPICI _____ SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ² NN <input type="checkbox"/> ³ _____ _____
DIABETE -----	<input type="checkbox"/>	
BPCO -----	<input type="checkbox"/>	
HIV -----	<input type="checkbox"/>	
CD4 _____	<input type="checkbox"/>	
TRAPIANTO _____	<input type="checkbox"/>	
FUMO -----	<input type="checkbox"/>	
ALCOOL -----	<input type="checkbox"/>	
TOSSICODIPENDENZA -----	<input type="checkbox"/>	
SILICOSI -----	<input type="checkbox"/>	
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	

INDAGINI RADIOLOGICHE

DATA 1° RX _____ ESITO: 1 2 3 4 5 6 7 8
 DATA 2° RX _____ ESITO: 1 2 3 4 5 6 7 8
 DATA 3° RX _____ ESITO: 1 2 3 4 5 6 7 8

LEGENDA: 1. Negativo; 2. Cavitaria; 3. Non Cavitaria; 4. Miliariforme; 5. Esiti fibrocalcifici; 6. Versamento; 7. Addensamento aspecifico; 8. Altro

INDAGINI MICROBIOLOGICHE E SIEROLOGICHE

ESAME	DATA	RISULTATO	NOTE
ESCREATO SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ²			
BAL SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ²			
BRONCOASPIRATO SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ²			
ALTRO			
DIRETTO BK SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ²		POS <input type="checkbox"/> ¹ NEG <input type="checkbox"/> ²	DATA REF.
COLTURALE BK SI <input type="checkbox"/> ¹ NO <input type="checkbox"/> ²		POS <input type="checkbox"/> ¹ NEG <input type="checkbox"/> ²	DATA REF.

TERAPIA ANTITUBERCOLARE

IN ATTO DAL _____
 Rifampicina ¹ Isoniazide ² Pirazinamide ³ Etambutolo ⁴ Streptomina ⁵ Levofloxacina ⁶ Rifabutina ⁷
 ALTRO ⁸ _____
 PRECEDENTE TERAPIA ANTI TB: SI ¹ NO ² Anno _____ Durata terapia (mesi) _____ NN ³
 Rifampicina ¹ Isoniazide ² Pirazinamide ³ Etambutolo ⁴ Streptomina ⁵ ALTRO ⁶ _____

NOTE

ISOLAMENTO PER TB

data: _____
 Presenza di cartello limitatore evidente SI ¹ NO ²
 Presenza di FFP2 nella zona filtro SI ¹ NO
 Presenza di mascherina chirurgica per pz nella zona filtro SI ¹ NO
 Altro: _____