



Tubercolosi 2012

prego compilare la dichiarazione complementare* e inviare entro 1 settimana al medico cantonale e non direttamente all'UFSP. Determinante è il cantone di residenza del paziente, nel caso mancante il cantone dove è avvenuto il trattamento. Grazie!
P.F. notificare tutti i casi di tubercolosi confermati tramite coltura inoltre tutti i casi in cui si è iniziata una cura con almeno tre farmaci.

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso f m

via: _____ NAP/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel. _____

paese di residenza, se non CH: _____

nazionalità: CH altra: _____ paese di nascita: _____

se straniero, data dell'entrata in svizzera: __/__/____

categoria: richiedente l'asilo, rifugiato

lavoratore straniero e familiari

altra categoria di straniero: _____

Clinica

organo colpito: polmone linfonodi intratoracici linfonodi extratoracici
 pleura meningi SNC (meningi escluse)
 urogenitale peritoneo / tubo digerente forma disseminata
 colonna vertebrale ossa / articolazioni (salvo colonna vertebrale) altre localizzazioni: _____

Diagnostica

laboratorio: nome/tel.: _____
microscopia diretta: espettorato positivo negativo in corso non eseguito
 secrezioni bronchiali / liquido del lavaggio bronchiale positivo negativo in corso non eseguito
coltura: materiale: _____ positivo negativo in corso non eseguito

Antecedenti di diagnosi di tubercolosi (anamnesi)

in caso di pregressa tubercolosi: data della diagnosi: mese ____ anno ____ sì no non noto
 non noto
la persona è già stata trattata una volta con antitubercolotici durante almeno un mese? sì no non noto

Trattamento attuale

data dell'inizio terapia o data della diagnosi (se non è stato avviato alcun trattamento): __/__/____

farmaci assunti all'inizio del trattamento attuale: isoniazide rifampicina pirazinamide etambutolo

altri antitubercolotici: _____

se non è stato avviato alcun trattamento, deceduto prima dell'inizio della terapia? sì no

Osservazioni

Medico: nome, indirizzo, tel/fax (o timbro): _____

medico curante nome, indirizzo _____

data: __/__/____ firma: _____

In qualità di medico penitenziario, nome ufficiale dello stabilimento: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: __/__/____ firma: _____