

Da inviare a Regione-Ministero Sanità e ISTAT (solo dati anagrafici)

Allegato I
Ministero della Sanità
Mod. 15 Sanità pubblica
Classe III

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE III -

- TUBERCOLOSI
 MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ ASL _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ E' senza fissa dimora? si no non noto
Nome _____ Vive in collettività si no non noto
Sesso M F Data di nascita _____
g m a se si, specificare: _____
Paese di nascita _____
se nato all'estero, anno di arrivo in Italia _____
E' iscritto al SSN? si no non noto
Professione:
 studente
 pensionato/invalido
 casalinga
 disoccupato
 occupato _____ specificare
Domicilio:
Regione _____
Provincia _____
Comune _____
CODICE ISTAT _____
Data di inizio della terapia
antitubercolare (se diagnosi
post-mortem, data di decesso) _____
g m a

CRITERI DIAGNOSTICI

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? si _____ mese _____ anno no non noto

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:
 nuovo caso paziente mai trattato per TBC
 recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito

Agente eziologico (solo casi con coltura positiva):
 M. tuberculosis complex Micobatterio non tubercolare
 M. tuberculosis
 M. bovis
 M. africanum _____ specificare

Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)

Esame culturale escreato	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Esame culturale altro materiale	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	se positivo, specificare il tipo di materiale
Esame diretto escreato	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Esame diretto altro materiale (inclusi esami istologici ricerca micobatteri)	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	se positivo, specificare il tipo di materiale
Clinica	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non noto		
Mantoux	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Rx torace/ Esami strumentali	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Risposta alla terapia antitubercolare	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non noto		
Riscontro autoptico di TB attiva	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	

Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)

polmonare/trachea/bronchi

extrapolmonare 1. _____ ICD IX _____
2. _____ ICD IX _____

disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica

Data notifica

gg m a