



REGIONE LAZIO  
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI  
UOSD RISK MANAGEMENT QUALITÀ E  
ACCREDITAMENTO  
Direttore Dott.ssa Manuela Serva



**SCHEDA DI NOTIFICA MALATTIA INFETTIVA CLASSE III**

Rev.0  
DEL  
29/12/2015  
Pag. 1 di 1  
MRPGRMQA24/2

**SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE III**

**1** TUBERCOLOSI  MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Cognome ..... Nome .....  
Luogo di nascita ..... Prov. .... Comune          
Cod. ISTAT gg mm aa  
Iscritto SSN  se nato all'estero → anno di arrivo in Italia      
Nazionalità ..... Codice     Sesso  Stato civile  Titolo di studio   
Professione .....    
Domicilio indirizzo ..... Senza fissa dimora SI  NO  non noto   
Comune ..... Prov  Comune      ex USL        
Cod. ISTAT solo per Roma  
Vive in comunità  Comunità .....     ex USL        
Cod. ISTAT

**2**  
Data inizio sintomi            
Ricovero  sì  no presso        
Cod. IRC UO  
Data ricovero            
Trasferito  presso        
Cod. IRC  
Esito malattia  Vaccinato in precedenza  Anno vaccino   Fattori di rischio

**3**  
Diagnosi TBC in passato:  sì            
mm anno  no  non noto  
 nuovo caso (paziente mai trattato per TBC)  
 recidiva (paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito)  recidiva (paziente con trattamento completato)  
Micobatterio .....   (solo casi con coltura positiva)  
Clinica  positivo  negativo  non noto  
Diretto escreato  positivo  negativo  non effettuato   
Diretto altro materiale  positivo  negativo  non effettuato  non noto .....  
(inclusi esami istologici) (se positivo, specificare il materiale)  
Culturale escreato  positivo  negativo  non effettuato  non noto  
Culturale altro materiale  positivo  negativo  non effettuato  non noto .....  
(se positivo, specificare il materiale)  
Mantoux  positivo  negativo  non effettuato  non noto  
Rx torace/Esami strumentali  positivo  negativo  non effettuato  non noto  
Risposta terapia antituberc.  positivo  negativo  non noto  
Ricostruzione anatomica di TBC attiva  positivo  negativo  non effettuato  non noto

Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)  
 Polmonare/trachea/bronchi           
codice ISTAT  
 Extra polmonare 1 .....          
codice ISTAT  
2 .....          
codice ISTAT  
 Disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue) .....          
codice ISTAT

Inizio terapia antituberculare            
(data decorso e diagnosi sottopila) gg mm aa Precedenti terapie antituberculari  se sì  1 solo ciclo  
 + di un ciclo

**4**  
Ex USL di notifica       Comune di notifica          
cod. ISTAT Data medico notificante        
gg mm aa  
Compilata da ..... Tel. .... Data di notifica