



Si prega di compilare e rispedire entro una settimana al medico cantonale (non direttamente all'UFSP).^a

Tubercolosi (TB) Dichiarazione complementare

Paziente

Cognome/nome: _____ Data di nascita: ____/____/____ Sesso: f m

Evoluzione

Data di inizio della terapia: ____/____/____

Data di valutazione clinica: ____/____/____

Data dell'esito della terapia / della conclusione della terapia: ____/____/____

Data di assunzione dell'ultima compressa / delle ultime compresse: ____/____/____

Risultato della terapia

Si prega di segnare **una sola risposta**

- Tubercolosi polmonare guarita:** paziente con una tubercolosi polmonare batteriologicamente confermata all'inizio della terapia, curato completamente secondo le linee guida e per il quale la guarigione è stata confermata da analisi microbiologiche. In caso di tubercolosi resistente, la conversione deve essere dimostrata mediante colture.
- Conclusione della terapia:** paziente per il quale la terapia è considerata clinicamente efficace ed è stata completamente eseguita secondo le linee guida, ma per il quale la conferma microbiologica non è possibile o non è ragionevole.
- Fallimento della terapia:** paziente che deve cambiare la terapia con isoniazide, rifampicina, etambutolo e/o pirazinamide perché
- la terapia non è clinicamente efficace e/o le colture restano positive;
 - sono insorti effetti indesiderati ai medicinali;
 - il laboratorio dichiara resistenze.
- Decesso:** il paziente è deceduto per TB o altri motivi prima o durante la terapia.
- Interruzione della terapia:** il paziente ha dovuto interrompere la terapia per due o più mesi consecutivi.
- Trasferimento** a un'altra unità di trattamento.
- Cognome / nome del nuovo medico curante: _____
- Via: _____
- NPA / luogo: _____ Cantone: _____
- Esito della terapia non noto:** il paziente non può essere attribuito a una delle categorie sopra elencate.
- Nessuna tubercolosi:** i referti delle analisi di laboratorio mostrano che non si tratta di tubercolosi (p. es. micobatteri atipici, contaminazione, errore di analisi).

Osservazioni

Medico curante

Nome, indirizzo, n. tel. o timbro

Data: ____/____/____ Firma: _____

Medico cantonale

Data: ____/____/____ Firma: _____

^a I formulari attuali possono essere scaricati da <https://www.baq.admin.ch/infreporting>