

	Direzione Sanitaria	Mod. 0126	Pag. 1 di 2
	SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA Classe III	Parola chiave: <i>notifica classe III</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

- ☐ **TUBERCOLOSI**
- ☐ **MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE**

Regione _____ I _ I _ Provincia _____ I _ I _

Comune _____ I _ I _ ASL _____ I _ I _

Dati anagrafici del paziente:

Cognome _____

Nome _____

Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita: I _ I _ I _ I _ I _ I _
gg mm aa

Paese di nascita: _____

Se nato all'estero specificare anno di arrivo in Italia I _ I _ I _ I _

E' iscritto al SSN? ☐ SI ☐ NO ☐ NON NOTO

Professione:

- ☐ studente
- ☐ pensionato/invalido
- ☐ casalinga
- ☐ disoccupato
- ☐ occupato _____
specificare

E' senza fissa dimora? ☐ SI ☐ NO ☐ NON NOTO

Vive in collettività? ☐ SI ☐ NO ☐ NON NOTO
se SI specificare _____

Domicilio:

Regione _____

Provincia _____

Comune _____

Codice ISTAT I _ I _ I _ I _ I _ I _

Data di inizio della terapia
antitubercolare (se diagnosi I _ I _ I _ I _ I _ I _
post mortem data decesso) gg mm aa

Criteri diagnostici:

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? ☐ SI I _ I _ I _ I _ I _ I _ ☐ NO ☐ NON NOTO
mm aa

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. tuberculosis complex _____
specificare

	Direzione Sanitaria SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA Classe III	Mod. 0126	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: <i>notifica classe III</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)

Esame colturale escreato ☐ positivo ☐ negativo ☐ non effettuato ☐ non noto

Esame colturale altro materiale ☐ positivo ☐ negativo ☐ non effettuato ☐ non noto

Se positivo specificare _____

Esame diretto escreato ☐ positivo ☐ negativo ☐ non effettuato ☐ non noto

Esame diretto altro materiale ☐ positivo ☐ negativo ☐ non effettuato ☐ non noto

(inclusi esami istologici ricerca micobatteri)

Se positivo specificare _____

Clinica ☐ positivo ☐ negativo ☐ non noto

Mantoux ☐ positivo ☐ negativo ☐ non effettuato ☐ non noto

Rx torace/Esami strumentali ☐ positivo ☐ negativo ☐ non effettuato ☐ non noto

Risposta alla terapia antitubercolare ☐ positivo ☐ negativo ☐ non noto

Riscontro autoptico di TB attiva ☐ positivo ☐ negativo ☐ non effettuato ☐ 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)

Data notifica __/__/____

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica
