

SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO NELLA TBC POLMONARE

Parte 1 A - Dati del centro e dati anagrafici

REGIONE _____ ASL ____/____/____/____
Centro ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ Comune di residenza _____
(oppure di domicilio abituale)

Parte 1 B - Anamnesi tubercolare del paziente

Trattamento antitubercolare: (barrare una sola voce)

- ☐ primo trattamento
☐ già trattato ⇒ anno del trattamento ____/____/____/____
☐ trasferito ad altro centro _____
denominazione, indirizzo

Data di inizio del presente episodio terapeutico ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Storia della malattia (barrare una sola voce)

- ☐ Nuovo caso
☐ Recidiva ⇒ ☐ in paziente guarito ☐ trattamento completato
☐ Altro (trattamento interrotto, fallimento terapeutico)

Parte 1 C - Trattamento antitubercolare al momento della presa in carico del paziente

Data di inizio della terapia (data di inizio della terapia presso il centro che compila la scheda) ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Trattamento (terapia programmata, anche se viene riconfermata la terapia iniziata in altro centro)	Fase iniziale N° mesi	Continuazione N° mesi
Isoniazide		
Rifampicina		
Pirazinamide		
Etambutolo		

Parte 2 - Valutazione alla fine del trattamento

Terapia: modificata ☐ No ☐ Sì

Esito del trattamento (barrare una sola voce)

- ☐ guarito ☐ fallimento terapeutico
☐ trattamento completato ☐ trasferito a _____
☐ deceduto ☐ trattamento interrotto: ☐ comparsa effetti collaterali
☐ paziente non collaborante
☐ perso al follow-up

Data di chiusura parte 2 ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Parte 3 RISERVATO AL CENTRO REGIONALE

Data ingresso follow-up di trattamento ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Trimestre ____/____ Anno ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____