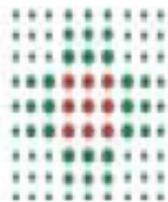


TUBERCOLOSI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA

Azienda: _____	Distretto: _____	Scheda n° 20150301849	Anno _____
Patologia:	<input type="radio"/> TUBERCOLOSI	<input type="radio"/> MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE	
Data segnalazione al Servizio Igiene e Sanità Pubblica: gg [] [] mm [] [] aa [] [] [] []			
Luogo di segnalazione: Comune _____		Provincia _____	
Medico segnalatore: _____			
Centro (Reparto/Servizio/Ambulatorio/Laboratorio): _____			
Segnalazione solo da Laboratorio di Microbiologia / Servizio di Anatomia Patologica? <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no			

Il modello 15 non deve essere inviato in regione insieme alla scheda di sorveglianza **ma è necessario indicare sulla SSCE (che viene ancora inviata in regione) il numero della notifica generato da SMI per poter identificare il caso nell'archivio informatizzato.**

INSERIMENTO MANUALE: attenzione alla nazionalità

Dati anagrafici del paziente	
Origine dati anagrafici	Inserimento manuale 
	NAAR: anagrafica da NAAR Inserimento manuale: dati inseriti manualmente Anonimo: anagrafica anonimizzata (es: malattie sessualmente trasmesse)
*Cognome	pinco
*Nome	pallino
*Data di nascita:	
Data fittizia	<input type="checkbox"/>
	Selezionare se la data di nascita non è attendibile in caso di inserimento manuale
Età (alla data di segnalazione):	
<u>Età (alla data di inizio sintomi):</u>	
Sesso:	<input type="radio"/> Maschile <input type="radio"/> Femminile
Gravida	<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Comune o stato estero di nascita:</u>	
Nazione di nascita	
Cittadinanza	ITALIA 

Porre attenzione alla cittadinanza quando si inseriscono dati anagrafici manualmente

<u>Comune o stato estero di nascita:</u>	<input type="text"/>
Nazione di nascita	
Cittadinanza	ITALIA ▼
<u>Nazione di nascita madre</u>	<input type="text"/>
	Informazione importante per i minorenni, se sconosciuta selezionare la voce "NON NOTO"
<u>Nazione di nascita padre</u>	<input type="text"/>
	Informazione importante per i minorenni, se sconosciuta selezionare la voce "NON NOTO"
<u>In italia dall'anno</u>	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Codice Fiscale <input type="radio"/> Codice STP/ENI <input type="radio"/> Non noto
Codice fiscale	<input type="text"/> ...
Codice STP:	<input type="text"/>

IN ITALIA DALL'ANNO

se anno non noto: verrà inserita la possibilità di indicare se presente da più di 3 anni: sì-no-non so

Indicare soprattutto nell'inserimento manuale se: CODICE STP/ENI/PSA

<u>In italia dall'anno</u>	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Codice Fiscale <input type="radio"/> Codice STP/ENI <input type="radio"/> Non noto
Codice fiscale	<input type="text"/> <input type="button" value="..."/>
Codice STP:	<input type="text"/>
<u>Titolo di studio</u>	<input type="text"/>
<u>*Professione:</u>	<input type="text" value="Profugo"/>
	Inserire attività lavorativa prevalente negli ultimi 3 mesi
Altra professione:	<input type="text"/>

Come per altre "professioni" l'inserimento di profugo farà scattare l'**alert**

*Professione:	Altro personale servizi sanitari ▼
	Inserire attività lavorativa prevalente negli ultimi 3 mesi
Altra professione:	<input type="text"/>
<u>Denominazione azienda</u>	<input type="text"/>
Indirizzo sede lavorativa	<input type="text"/>
<u>Comune sede lavorativa</u>	<input type="text"/>

Indicare sempre il Comune della sede lavorativa: ciò permette di dare la visibilità al distretto della AUSL competente

ALTRI DATI DEL PAZIENTE

Senza fissa dimora

SÃ- No Non noto

SENZA FISSA DIMORA:

nessuna residenza anagrafica
o domicilio abituale

CollettivitÃ (1)

*CollettivitÃ (vive)

Si, vive

Vive in collettivitÃ al momento della diagnosi ?

Seleziona CollettivitÃ

Altra collettivitÃ

Denominazione

Comune collettivitÃ

Indirizzo

La variabile “VIVE IN COLLETTIVITÀ” è utile per individuare categorie di strutture residenziali nelle quali il rischio di sviluppare tubercolosi sia più elevato che nella comunità generale.

Si intende la collettività nella quale la persona risiede al momento della diagnosi, **anche se non da 3 mesi o più**; per indicare il tempo trascorso nella struttura verrà aggiunto un campo “VIVE DA QUANDO?” a 2 scelte: 1) da 3 mesi o più 2) da meno di 3 mesi

LA FAMIGLIA NON È UNA COLLETTIVITÀ DA SEGNALARE

ALTRI DATI DEL PAZIENTE

Senza fissa dimora Sì No Non noto

Collettività (1)

*Collettività (vive) Si, vive

Seleziona Collettività

Altra collettività

Denominazione

Comune collettività

Indirizzo

*Collettività (frequenta)

ISTITUTI PENITENZIARI/RIEDUCAZIONE

CAMPO NOMADI

CASERMA

LUNGODEGENZA (OSPEDALIERA)

STRUTTURA RESIDENZIALE PER IMMIGRATI/PROFUGHI

STRUTTURA RESIDENZIALE PER MINORI

STRUTTURA RESIDENZIALE PER TOSSICODIPENDENTI

STRUTTURA RESIDENZIALE PER ANZIANI

ALTRO

ISTITUTI PENITENZARI: le informazioni sulla diagnosi (diagnosi all'ingresso con lo screening o era già ospite da tempo?) sui contatti, isolamento ecc. sono da riportare nelle note

ALTRI DATI DEL PAZIENTE

Senza fissa dimora SÌ No Non noto

Collettività (1)

*Collettività (vive)

Collettività (2)

*Collettività (frequenta)

Frequenta una collettività al momento della diagnosi ?

Seleziona Collettività

Altra collettività

Denominazione

Comune collettività

Indirizzo

Collettività (frequenta)

Vaccinato con BCG

Diagnosi TBC in passato

ALBERGO
ALTRO (SCUOLA)
ASILO NIDO
CAMPEGGIO
CAMPO NOMADI
CASA DI RIPOSO - PROTETTA - RSA
CASERMA
CENTRO DI ACCOGLIENZA
COLLEGIO
COLONIA
COMUNITA' ALLOGGIO
COMUNITA' APERTA
CONVENTO
ISTITUTO PENITENZIARIO/RIEDUCAZIONE
OSPEDALE
SCUOLA (non specificata)
SCUOLA ELEMENTARE
SCUOLA MATERNA
SCUOLA MEDIA

FREQUENTA UNA COLLETTIVITÀ? Si riferisce alla/alle collettività che il malato ha messo a rischio o nella/nelle quali cercare il caso fonte.

NON SI INTENDE LA FAMIGLIA

Dato spesso mancante

TERAPIA INIZIALE

Data inizio terapia |_|_|_|_|_|_|_|_| (se diagnosi *post-mortem* o decesso prima dell'inizio terapia: data della morte)

Centro presso il quale il paziente ha iniziato la terapia (Reparto/Servizio/Ambulatorio)

Terapia iniziale

Isoniazide Si No
Rifampicina Si No
Etambutolo Si No

Pirazinamide Si No
Streptomicina Si No

_____ Si No

TERAPIA INIZIALE: riportare i farmaci utilizzati all'inizio del trattamento; non devono essere riportate eventuali modifiche della terapia (Circolare RER 9/2005)

TRATTAMENTO	
<u>Data inizio terapia episodio attuale</u>	<input type="text"/>
<u>Regime del trattamento antitubercolare</u>	<input type="text"/>
<u>Farmaci - UTILIZZO</u>	
<u>Rifampicina (utilizzo)</u>	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Isoniazide (utilizzo)</u>	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Etambutolo (utilizzo)</u>	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Streptomicina (utilizzo)</u>	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Pirazinamide (utilizzo)</u>	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Altro farmaco 1 (Utilizzo)	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
Altro farmaco 2 (utilizzo)	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto
<u>Farmaci - SENSIBILITA'</u>	
<u>Riscontro resistenza in data</u>	<input type="text"/>
<u>Rifampicina (resistenza)</u>	<input type="text"/>
<u>Isoniazide (resistenza)</u>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Resistente Sensibile Testato/Non noto Non testato/Non noto </div>
<u>Etambutolo (resistenza)</u>	
<u>Streptomicina (resistenza)</u>	
<u>Pirazinamide (resistenza)</u>	<input type="text"/>
Altro farmaco 1 (resistenza)	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No
Altro farmaco 2 (Resistenza)	<input type="radio"/> SÃ→ <input type="radio"/> No

Dato spesso mancante: inserire una delle 4 scelte per ogni farmaco utilizzato

ANAMNESI TUBERCOLARE

Vaccinato con BCG: sì anno |__|__|__| no non noto

Diagnosi di TBC in passato: sì mese |__|__| anno |__|__|__| no non noto

Precedente trattamento antitubercolare: sì terminato nel mese |__|__| anno |__|__|__| no non noto

CLASSIFICAZIONE IN RELAZIONE A PRECEDENTI TRATTAMENTI

Nuovo caso Paziente mai trattato o trattato per meno di un mese con farmaci antitubercolari

Recidiva dopo guarigione dopo trattamento completato

Altro (fallimento terapeutico, trattamento interrotto) (non compilare il modello 15 di classe III)

Cronico (non compilare il modello 15 di classe III)

Il precedente trattamento antitubercolare deve essere documentato e non solo riferito a voce

ANAMNESI TUBERCOLARE

Vaccinato con BCG: sì anno |_|_|_| no non noto

Diagnosi di TBC in passato: sì mese |_|_| anno |_|_|_|_| no non noto

Precedente trattamento antitubercolare: sì terminato nel mese | | | anno | | | | no non noto

CLASSIFICAZIONE IN RELAZIONE A PRECEDENTI TRATTAMENTI

Nuovo caso Paziente mai trattato o trattato per meno di un mese con farmaci antitubercolari

Recidiva dopo guarigione dopo trattamento completato

Altro (fallimento terapeutico, trattamento interrotto) ~~(non compilare il modello 15 di classe III)~~

Cronico (non compilare il modello 15 di classe III)

Per tutti i **NUOVI CASI** e le **RECIDIVE**, comprese quelle classificate in **ALTRO** (ritrattamento dopo fallimento terapeutico e ritrattamento dopo trattamento interrotto) deve essere effettuata la notifica tramite SMI

ANAMNESI TUBERCOLARE REMOTA

Vaccinato con BCG SÃ No Non noto

Diagnosi TBC in passato SÃ No Non noto

Anno diagnosi

GiÃ trattato in passato (escluse terapie preventive): SÃ No Non noto
Rispondere "sì" solo in caso di esito certificato

Mese trattamento

Anno del trattamento:

Esito del trattamento precedente

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti

Se altro specificare

TRASFERITO

GUARITO

TRATTAMENTO COMPLETATO

FALLIMENTO TERAPEUTICO

TRATTAMENTO INTERROTTO PER RIFIUTO DEL PAZIENTE

PAZIENTE CRONICO

Non noto

L'esito del precedente trattamento determina la classificazione:

EPISODIO DI TB ATTUALE

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti

*Data inizio sintomi episodio attuale mi non disponibile inserire data di denuncia

*Comune inizio sintomi

EPISODIO DI TB ATTUALE

Classificazione in relazione a precedenti trattamenti

Se altro specificare

*Data inizio sintomi episodio attuale nuncia

*Comune inizio sintomi

Nuovo caso

Recidiva

Cronico

Altro

Rittrattamento dopo fallimento terapeutico

Rittrattamento dopo trattamento interrotto

Rittrattamento non specificato

La corretta classificazione relativa ai precedenti trattamenti da applicare è la seguente:

NUOVO CASO: paziente mai trattato o trattato per meno di 1 mese

CASO GIÀ TRATTATO O RECIDIVA: paziente precedentemente trattato per 1 mese o più e classificato in base all'esito del precedente trattamento in:

- VERA RECIDIVA ritrattamento dopo guarigione o trattamento completato
- RITRATTAMENTO DOPO FALLIMENTO TERAPEUTICO
- RITRATTAMENTO DOPO PERDITA AL FOLLOW UP (TRATTAMENTO INTERROTTO)
- PRECEDENTE TRATTAMENTO CON ESITO SCONOSCIUTO O NON DOCUMENTATO

AGENTE EZIOLOGICO

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> M. tuberculosis complex
<input type="radio"/> Micobatterio non tubercolare (MOTT)
<input type="radio"/> Non identificato | <input type="radio"/> M. tuberculosis (hominis) / <input type="radio"/> M. bovis / <input type="radio"/> M. africanum
<input type="radio"/> MOTT tipizzato-specificare _____ |
|--|---|

Per l'identificazione dei micobatteri tra i criteri di laboratorio è valido per ora solo l'esame colturale.

CRITERI DIAGNOSTICI					
Esame diretto escreato		<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Esame diretto altro materiale	Materiale _____	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Esame colturale escreato		<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Esame colturale altro materiale	Materiale _____	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Esame istologico	Materiale _____	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Clinica		<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Mantoux 5UI	Diametro dell'infiltrato mm ____	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Rx torace/TAC torace/altri esami strumentali		<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Risposta terapia	Entro 90 giorni	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Riscontro autoptico		<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Non eseguito	<input type="radio"/> Non noto
Microbiologia molecolare (Specificare)	Metodica e materiale _____			<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo
Altro	_____			<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo

Criteri Clinici

- segni, sintomi tb attiva
- reperti rx compatibili con tb attiva
- prescrizione medica ciclo completo terapia antitubercolare
- rilievo autoptico
- Risposta alla terapia (ex adjuvantibus)

Esame diretto escreato

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Esame diretto altro materiale (1)

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Esame diretto altro materiale (2)

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Esame colturale escreato

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Esame colturale altro materiale (1)

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Esame colturale altro materiale (2)

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Esame istologico

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Test tubercolinici ID Mantoux

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Test su sangue (IGRA)

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso Dubbio

Microbiologia molecolare su escreato (PCR)

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Microbiologia molecolare su altro materiale (PCR)

- Positivo Negativo Non eseguito Non noto In corso

Criteri clinici sono spesso mancanti

Circolare RER9/05: non sono notificabili casi in cui l'esame colturale sia in corso. Il campo di SMI è stato introdotto per la fase di inserimento rapido, in cui i risultati degli esami non sono disponibili. Al consolidamento il campo non deve essere selezionato

Congruenza con i
criteri diagnostici

SEDE ANATOMICA DI MALATTIA

- Polmonare** (la localizzazione polmonare deve essere specificata anche in caso di forme disseminate)
- Extrapolmonare** 1. _____
 2. _____
- Disseminata** (più di due localizzazioni di organo, miliare, isolamento dal sangue)

Riportare
tutte le
localizza
zioni in
SMI

Sede anatomica Tubercolosi polmonare + extrapolmonare

Sedi di Tubercolosi polmonare

Escavata Sì No

Sede extrapolmonare 1

Sede extrapolmonare 2

 Disseminata

Criteri Clinici

Esame diretto escreato

Esame diretto altro materiale

(1)

Esame diretto altro materiale

(2)

Esame colturale escreato

Esame colturale altro materiale (1)

Esame colturale altro materiale (2)

zzazione della pagina.

012.0 - PLEURITE TUBERCOLARE
012.1 - TBC DEI LINFONODI INTRATORACICI
013 - TBC DELLE MENINGI E DEL SIST. NERVOSO CENTR.
013.0 - MENINGITE TUBERCOLARE (320.4*)
013.1 - TUBERCOLOMA DELLE MENINGI (349.2*)
014 - TBC INTESTINO, PERITONEO E GHIAND. MESENTERICHE
015 - TBC DELLE OSSA E DELLE ARTICOLAZIONI
015.0 - COLONNA VERTEBRALE
015.1 - ANCA
015.2 - GINOCCHIO
015.7 - ALTRE OSSA
016 - TBC DELL'APPARATO GENITOURINARIO
016.0 - RENE
016.1 - ALTRI ORGANI URINARI
016.2 - EPIDIDIMO (604.9*)
016.3 - ALTRI ORGANI GENITALI MASCHILI
016.5 - ORGANI GENITALI FEMMINILI
017 - TB DEGLI ALTRI ORGANI
017.0 - PELLE E TESSUTO CELLULARE SOTTOCUTANEO
017.1 - ERITEMA NODOSO CON REAZIONE D'IPERSENSIBILITA' ALLA TB
017.2 - LINFONODI PERIFERICI
017.3 - OCCHIO
017.4 - ORECCHIO
017.5 - TIROIDE
017.6 - GHIANDOLE SURRENALI (255.4*)
017.7 - MILZA
017.8 - ALTRI ORGANI
018 - TUBERCOLOSI MILIARE
018.0 - TUBERCOLOSI MILIARE ACUTA

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

Patologie/condizioni predisponenti

- Diabete mellito
- Malassorbimento/denutrizione
- Insuff. Renale cr. se Sì: Dialisi Sì No
- Leucemie/linfomi
- Altre neoplasie
- Silicosi

- Grave immunodeficienza
- Esiti radiografici di TBC (non curati)

Terapie immuno-soppressive

- Terapia corticosteroidea cronica
- Anti-TNF-alfa (Infliximab, Rituximab,...)
- Chemioterapia anti-tumorale
- Chemioterapia anti-rigetto

Dipendenze patologiche

- Tossicodipendenza
- Alcolismo

Contatto con malati di Tubercolosi

- Esposizione in famiglia, comunità
- Esposizione in ambito socio-sanitario
- Viraggio tubercolinico (entro 2 anni)

Note _____

Data |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

(Firma e timbro dell'operatore del SISP)

SMI

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

Fattori di rischio individuati Sì No

Nei due anni precedenti

Contatti abituali con animali da allevamento Sì No Non noto

Specificare contatto con animali da allevamento

Contatto con caso noto di tubercolosi Sì No Non noto

Rispondere sì solo in caso di contatto accertato

specificare ambito

Se altro specificare



Azienda: _____ Distretto: _____

Centro (Reparto/Servizio/Ambulatorio): _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato il |_|_|-|_|_|-|_|_|_| a: Comune (Stato se nato all'estero) _____ Provincia _____

PARTE 1 - TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE

Il paziente era in trattamento presso un altro Centro? Sì No

se sì: specificare Azienda/Centro: _____

Data inizio terapia presso il Centro che compila la scheda |_|_|-|_|_|-|_|_|_| DOT sì sì parziale no

SORVEGLIANZA ESITO DEL TRATTAMENTO

Centro/reparto/servizio/UO di
presa in carico del paziente

Azienda
Ospedaliera/Presidio

Data di presa in carico del
paziente presso il centro

PARTE 1 - TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE

Il paziente era in trattamento presso un altro Centro? Sì No

se sì: specificare Azienda/Centro: _____

SMI

- Il paziente era precedentemente in trattamento presso un altro centro?
- Sì, un centro clinico Regionale
 - Sì, un centro clinico fuori Regione
 - No
 - Non noto

PARTE 2 – VALUTAZIONE FINALE

Data di valutazione dell'esito presso il Centro che compila la scheda |__-|-|-|_|_|_|_|

SMI

Data valutazione esito

Non è la data di invio al SISP ma la DATA DI CHIUSURA DELL'EPISODIO ASSISTENZIALE CON LA CONCLUSIONE DELLA TERAPIA

Esito del trattamento:

Trasferito (paziente trasferito ad un'altra Unità Clinica di riferimento)

Trasferimento:

Fuori regione

specificare Azienda/Centro:

Non è un esito definitivo

In regione

specificare Azienda/Centro:

Guarito (conversione documentata della coltura o dell'esame microscopico diretto)

Trattamento completato (completamento del trattamento)

Deceduto

Decesso per:

Tubercolosi

Altra causa

Data di decesso / motivo scheda ISTAT

Fallimento terapeutico (coltura o esame diretto ancora positivi o ritornati positivi dopo 5 mesi o più dall'inizio del trattamento)

Trattamento interrotto (trattamento interrotto per 2 mesi o più)

Interruzione per: Rifiuto del paziente

Effetti collaterali

Perdita al follow-up

Ancora in trattamento (paziente ancora in trattamento all'inizio del tredicesimo mese dalla diagnosi)

SMI

<u>Esito del trattamento</u>	
<u>Cognome medico compilatore dell'esito</u>	GUARITO
Nome del medico compilatore dell'esito	TRATTAMENTO COMPLETATO
	FALLIMENTO TERAPEUTICO
	ANCORA IN TRATTAMENTO
	TRATTAMENTO INTERROTTO PER EFFETTI COLLATERALI
	TRATTAMENTO INTERROTTO PER RIFIUTO DEL PAZIENTE
	TRATTAMENTO INTERROTTO PER PAZIENTE PERSO AL FOLLOW UP
	TRASFERITO AD UN CENTRO FUORI REGIONE
<u>*Data segnalazione all'AUSL</u>	TRASFERITO AD UN CENTRO IN REGIONE
	DECEDUTO PER TB
<u>*Comune di segnalazione</u>	DECEDUTO PER ALTRA CAUSA

L'esito PAZIENTE TRASFERITO è un esito definitivo solo nel caso sia impossibile recuperare le informazioni dell'outcome

Data invio al Servizio Igiene e Sanità Pubblica |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

(Firma e timbro del medico)

Parte riservata al Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Azienda: _____ Distretto: _____

20150301849
Scheda n° _____ Anno _____

Data invio Regione |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

(Firma e timbro dell'operatore del SISP)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO -
PARTE 2

Azienda: _____ Distretto: _____

CASO INDICE

20150301849

Scheda n° _____ Anno _____ Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato il [][]-[][]-[][][][] a: Comune _____ Provincia _____

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati ¹	Esaminati ²	Diagnosi al termine della valutazione					Interventi al termine della valutazione					
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota ³	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
Indicata	Iniziata	Completata											
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

Data --

_____ (Firma e timbro dell'operatore del SISP)

Da compilarsi a cura del SISP e da inviare alla Regione Emilia-Romagna

Invio in RER di una unica scheda riepilogativa di tutti i controlli su contatti (l'AUSL che è proprietaria del caso deve raccogliere tutti i dati ed inviarli in RER)

Classificazione dei contatti come da Circolare RER

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati 1	Esaminati 2	Diagnosi al termine della valutazione					Interventi al termine della valutazione					
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota 3	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
								Indicata	Iniziata	Completata			
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

Data --

_____ (Firma e timbro dell'operatore del SISP)

Da compilarsi a cura del SISP e da inviare alla Regione Emilia-Romagna

IN CASO DI FOCOLAIO: se i contatti individuati sono sempre gli stessi e vengono controllati entro i primi 3 mesi **VA COMPILATA UN'UNICA SSCR/2005 DEL CASO INDICE**

Se i casi di TB attiva secondari vengono individuati successivamente ai 3 mesi, e quindi gli stessi contatti vengono ricontrollati di nuovo, o per un caso secondario di TB vengono controllati contatti diversi da quelli controllati per il caso indice, **OCCORRE COMPILARE UN'ALTRA SSCR** con solo i contatti ricontrollati o controllati per la prima volta

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati 1	Esaminati 2	Diagnosi al termine della valutazione						Interventi al termine della valutazione				
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota 3	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
									Indicata	Iniziata	Completata		
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati 1	Esaminati 2	Diagnosi al termine della valutazione						Interventi al termine della valutazione				
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota 3	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
							Indicata	Iniziata	Completata				
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati 1	Esaminati 2	Diagnosi al termine della valutazione					Interventi al termine della valutazione					
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota 3	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
Indicata	Iniziata	Completata											
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati 1	Esaminati 2	Diagnosi al termine della valutazione					Interventi al termine della valutazione					
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota 3	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
Indicata	Iniziata	Completata											
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

Al termine della prima valutazione (effettuata ai 3 mesi) deve essere prodotta una diagnosi tra le 5 indicate. (circolare regionale 9/2005: pag. 41)

SMI

Diagnosi al termine della valutazione al terzo mese						
INFEZIONE RECENTE	INFEZIONE PREGRESSA	TB ATTIVA	ESITI TB	TB NEGATIVA	NON NOTA	TOTALE
<hr/>						
STRETTI						
REGOLARI						
OCCASIONALI						
<hr/>						
TOTALI						

Vanno riportate le diagnosi di TB diagnosticate ai contatti a rischio entro i primi 3 mesi

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati ¹	Esaminati ²	Diagnosi al termine della valutazione						Interventi al termine della valutazione				
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota ³	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
	Indicata	Iniziata							Completata				
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

SORVEGLIANZA SANITARIA: il contatto che, terminato il percorso della prima valutazione, rifiuta la terapia dell'infezione latente o per chi il clinico da indicazione per una sorveglianza sanitaria (valutazione di segni e sintomi di TB attiva) per almeno 1 anno , meglio 2 anni, dall'esposizione

SMI

Interventi al termine della valutazione (dopo il terzo mese e entro il tredicesimo)

	TB ATTIVA	TERAPIA INDICATA	TERAPIA INIZIATA	TERAPIA COMPLETATA	SOLO SORVEGLIANZA	VACCINAZIONE
STRETTI	<input type="checkbox"/>					
REGOLARI	<input type="checkbox"/>					
OCCASIONAL	<input type="checkbox"/>					
TOTALI	<input type="checkbox"/>					

Verifica la sezione di sorveglianza dei contatti

Salva

Salva e chiudi

Salva, invia al sistema e chiudi

Vanno riportate le diagnosi di TB diagnosticate ai contatti a rischio, dopo i primi 3 mesi ed entro i 13 mesi dalla segnalazione.

SRS2/2005



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

SCHEDA DI RIEPILOGO

SCREENING TUBERCOLINICI - PARTE 2

RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO - AZIENDA USL

Azienda USL: _____

Anno: _____

Categoria	Soggetti sottoposti a screening (specificare il numero)													
	N° testati	N° positivi	% positivi	Diagnosi al termine della valutazione						Valutazione al termine della sorveglianza				
				Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativi per TBC attiva e infezione	Non nota	Indicata	Iniziata	Completata	Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinati
Operatori sanitari														
Operatori assistenza														
Immigrati														
Dipendenze patologiche														
Detenuti														
Soggetti con condizioni/ patologie croniche														
Terapie immuno soppressive														
Altri														
Totale														

Data / /

_____ (Firma e timbro dell'operatore del DSP)

Da compilare a cura del DSP e da inviare alla Regione entro il 31 marzo del secondo anno successivo a quello di riferimento

Circolare RER n. 9/2005: pag. 13.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica trasmettono il riepilogo finale degli screening effettuati da tutti i Servizi dell' Azienda USL

SRS2/2005



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI
SCHEDA DI RIEPILOGO
SCREENING TUBERCOLINICI - PARTE 2

RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO - AZIENDA USL

Azienda USL: _____

Anno: _____

Categoria	Soggetti sottoposti a screening (specificare il numero)													
	N° testati	N° positivi	% positivi	Diagnosi al termine della valutazione						Valutazione al termine della sorveglianza				
				Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativi per TBC attiva e infezione	Non nota	Indicata	Iniziata	Completata	Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinati
Operatori sanitari														
Operatori assistenza														
Immigrati														
Dipendenze patologiche														
Detenuti														
Soggetti con condizioni/ patologie croniche														
Terapie immuno soppressive														
Altri														
Totale														

Data __--

(Firma e timbro dell'operatore del DSP)

Da compilare a cura del DSP e da inviare alla Regione
entro il 31 marzo del secondo anno successivo a
quello di riferimento

I soggetti con Mantoux positiva devono essere inseriti come positivi

SRS2/2005



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI
SCHEDA DI RIEPILOGO
SCREENING TUBERCOLINICI - PARTE 2

RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO - AZIENDA USL

Azienda USL: _____

Anno: _____

Categoria	Soggetti sottoposti a screening (specificare il numero)													
	N° testati	N° positivi	% positivi	Diagnosi al termine della valutazione						Valutazione al termine della sorveglianza				
				Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativi per TBC attiva e infezione	Non nota	Indicata	Iniziata	Completata	Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinati
Operatori sanitari														
Operatori assistenza														
Immigrati														
Dipendenze patologiche														
Detenuti														
Soggetti con condizioni/ patologie croniche														
Terapie immuno soppressive														
Altri														
Totale														

Data _ _ _ _ _ _

(Firma e timbro dell'operatore del DSP)

Da compilare a cura del DSP e da inviare alla Regione entro il 31 marzo del secondo anno successivo a quello di riferimento

I soggetti con Mantoux positiva devono essere inseriti come positivi, ma se hanno il **QUANTIFERON negativo** devono essere inseriti come negativi nella sezione "diagnosi al termine della valutazione"

Raccomandazioni

- Compilazione di tutte le sezioni delle schede cartacee SSCE-SSET-SSCR
- Inserimento a SMI di tutti i dati contenuti nelle schede
- **CONTROLLO CONGRUENZA DATI TRA SMI E CARTACEO E INVIO DEL CARTACEO** (entro i 6 mesi)
- Invio in RER solo delle schede previste, no documentazione clinica
- Non invio di schede di sorveglianza intermedie

Grazie per l'attenzione!