

Raccolta di informazioni cliniche ed epidemiologiche relative alla richiesta del test QuantiFERON- TB

Cognome e nome..... Sesso ☐ M ☐ F
Nato a..... il.....
Nazionalità.....
Professione.....Luogo di lavoro.....
Se straniero, residente in Italia dal.....

Motivazione della richiesta

☐ contatto di un caso infettivo: ☐ tipo e durata del contatto.....
☐ conferma test cutaneo positivo
☐ controllo operatore sanitario: struttura ad alto rischio TB: ☐ si ☐ no
☐ soggetto a rischio TB: ☐ proveniente da paese ad alta endemia
☐ soggetto senza fissa dimora
☐ soggetto residente in comunità ad alto rischio TB
☐ valutazione pre trapianto (specificare).....
☐ valutazione pre terapia immunosoppressiva (specificare).....
☐ sospetto clinico (specificare):
.....
.....
☐ immunodepressione (specificare).....
☐ diagnosi di esclusione (specificare).....

Dati clinici ed epidemiologici

Vaccinazione con BCG:

☐ SI ☐ NO ☐ non noto

Intradermoreazione antitubercolare: ☐ POS ☐ NEG ☐ non eseguita
se Mantoux positiva, diametro della reazione: mm.....

Tubercolosi

☐ sospetta ☐ in atto, diagnosticata in data.....
☐ pregressa (specificare il periodo) dal..... al.....

Condizioni cliniche predisponenti

☐ HIV + ☐ trapianto:
☐ Neoplasie ☐ Chemioterapia: ☐ si ☐ no ☐ Dialisi
☐ Silicosi ☐ Linfadenite ☐ Gastrectomia
☐ Bronchiectasie ☐ Tossicodipendenza ☐ Diabete
☐ Alcolismo ☐ Lebbra ☐ Protesi chirurgiche.....
☐ Terapia con cortisonici
☐ Terapia con farmaci immunosoppressivi (specificare).....
☐ Micobatteriosi precedenti (specificare).....
☐ Patologia cronica (specificare).....

Medico richiedente.....
telefono.....

Firma del Medico.....
(da restituire compilato al Laboratorio; si ringrazia per la collaborazione)