

INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER TUBERCOLOSI

Data dell'intervista: ___/___/___	Nome/cognome dell'intervistatore:

Indirizzo: _____	
N. telefono: _____	

Nome/Cognome: _____	
Data nascita: ___/___/___	Luogo nascita:

Se nata all'estero, da quanti anni risiede in Italia: _____	
Residenza : _____	
Nome del medico curante:	

Anamnesi patologica remota

Storia familiare di TB (genitori, fratelli/sorelle, nonni, ecc): Si/No/Non noto Se si, specificare:

Altre esposizioni a TB (incluso nel Paese di nascita se nata all'estero): Si/No/non noto Se si, specificare:

Ha mai fatto in passato una RX torace? Si/No

Se si, data ultima RX : ___/___/___ Motivo dell'indagine:

normale/anormale/non so

Risultato:

Altre patologie/fattori rischio:

Diabete Si/No

Asma Si/No

Altre malattie respiratorie Si/No Se si specificare _____

Immunodeficienza congenita Si/No Malattie renali Si/No

Malattie gastrointestinali Si/No Altro Si/NO Se si, specificare:

Fumo Si/No N. sigarette/giorno _____ da _____ anni

Anamnesi patologica prossima

Sintomi negli ultimi 6 mesi?

Tosse (di durata >2 settimane) SI/NO Se si, produttiva SI/NO

Emottisi SI/NO Febbre/febbricola SI/NO

Sudorazione notturna SI/NO Perdita di peso (>5 kg) SI/NO

Inappetenza Si/No Astenia Si/No

Altro SI/NO Se si, specificare:

Se sono stati o sono tuttora presenti dei sintomi, Specificare data/e di insorgenza :

Ha consultato un medico per questi sintomi? Si/No Se si, specificare data/e:

Ha effettuato terapie? Si /No Se si, specificare _____

() diagnosi precedenti per TBC si ____ / ____ no () non so ()

() nuovo caso paziente MAI trattato per TBC

() recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito

Sede	<input type="checkbox"/> polmonare	<input type="checkbox"/> contagiosa
		<input type="checkbox"/> non contagiosa
	<input type="checkbox"/> extra –polmonare	localizzazione _____
	<input type="checkbox"/> disseminata	<input type="checkbox"/> contagiosa
		<input type="checkbox"/> non contagiosa

Terapia immunodepressiva	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Alcolismo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Uso sostanze stupefacenti non e.v.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
AIDS	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Infezioni da HIV	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Detenuto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Istituzionalizzato	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
	se SI , tipo di Istituzione _____		
	e indirizzo _____		

Esposizione a casi noti di TBC si no non noto

se SI , specificare il tipo di relazione con il caso (es. familiare, amico, collega di lavoro, ecc)

Altro (specificare) _____

Attività Lavorativa attuale _____

Da quanti anni lavora ? _____

Mansioni lavorative : _____

N. ore settimanali di lavoro : _____

Tipo di contatto con altro personale :

Persone con cui ha maggiori/più frequenti contatti : _____

Attività lavorative pregresse (specificare periodo):

Altre attività lavorative

Attività extra-lavorative (luoghi frequentati per mangiare, dormire, socializzare, effettuare visite mediche. Frequenza e durata di tempo trascorso in ciascun luogo)

Mezzi di trasporto pubblici (routinari e altri, incluso recenti viaggi)

ELENCO DEI CONVIVENTI E DEI CONTATTI STRETTI

Caso di TBC

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____ / ____ / ____

Cognome /Nome Data di nascita	CAT	Indirizzo residenza	Contatto telefonico

LEGENDA CATEGORIA DEI CONTATTI STRETTI

CAT	TIPO DI CONTATTI STRETTI
A	CONVIVENTE (che vive sotto lo stesso tetto del CASO)
B	FREQUENTATORI Abituali (partner e familiari non conviventi, amici abituali)
C	CONTATTI DI CLASSE
D	CONTATTI DI LAVORO

RIFERIMENTI OPERATORE _____

RECAPITI
tel _____ / _____
tel _____ / _____