

**INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA****CASO DI TUBERCOLOSI**

Nome ..... Cognome..... n. cartella clinica.....

Data di nascita..... Professione.....

Data di ricovero..... Data insorgenza sintomi.....

Provenienza del paziente:  abitazione  
 altra Struttura Sanitaria .....  
 altro .....

Tubercolosi  polmonare  laringeaEsame microscopico diretto per BAAR: POSITIVO NEGATIVOValutazione semiquantitativa dei micobatteri presenti nell'espettorato: 1+ 2+ 3+ 4+PCR: POSITIVO NEGATIVO IN CORSO NON DISPONIBILEEsame colturale: POSITIVO NEGATIVO IN CORSO NON DISPONIBILE

Trasferimenti interni effettuati presso:

U.O..... Stanza n. .... Letto n. .... dal ..... al ..... dalle ore..... alle ore.....

U.O..... Stanza n. .... Letto n. .... dal ..... al ..... dalle ore..... alle ore.....

U.O..... Stanza n. .... Letto n. .... dal ..... al ..... dalle ore..... alle ore.....

U.O..... Stanza n. .... Letto n. .... dal ..... al ..... dalle ore..... alle ore.....

U.O..... Stanza n. .... Letto n. .... dal ..... al ..... dalle ore..... alle ore.....

Nominativi di eventuali degenti compagni di camera:

1).....  
 (Nome Cognome) (Data di Nascita) (Domicilio) (recapito tel.) (U.O.)

2).....  
 (Nome Cognome) (Data di Nascita) (Domicilio) (recapito tel.) (U.O.)

3).....  
 (Nome Cognome) (Data di Nascita) (Domicilio) (recapito tel.) (U.O.)

Altri contatti:

1).....  
 (Nome Cognome) (Data di Nascita) (Domicilio) (recapito tel.)

2).....  
 (Nome Cognome) (Data di Nascita) (Domicilio) (recapito tel.)

3).....  
 (Nome Cognome) (Data di Nascita) (Domicilio) (recapito tel.)

Manovre a rischio di trasmissione diretta:  Broncoscopia  Autopsia  NO  
 Aerosol  Altro .....

Data ..... Firma operatore CIO .....