

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DEGLI ESITI DI TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE
(Rielaborazione aziendale di modulistica regionale)

Azienda Ospedaliera Presidio

U.O./Servizio

DATI DEL PAZIENTE

Cognome Nome

Sesso: maschio femmina

Data di nascita |_|_| / |_|_| / |_|_| Paese di nascita

Comune di domicilio Provincia

SEZIONE 1. INIZIO DELLA TERAPIA

Paziente trasferito da altro centro: si no

Data di inizio terapia (presso l'U.O. che compila la scheda): |_|_| / |_|_| / |_|_|

In terapia dal: |_|_| / |_|_| / |_|_|

Modalità: ricovero ambulatorio

DOT: *(assunzione dei farmaci per almeno 3 gg/sett. sotto diretto controllo del personale sanitario)* si no

Terapia programmata	Fase iniziale (mesi)	Continuazione (mesi)	Note
Isoniazide			
Rifampicina			
Pirazinamide			
Etambutolo			
Streptomicina			

SEZIONE 2. FINE DELLA TERAPIA

Terapia modificata in data: |_|_| / |_|_| / |_|_| per: effetti collaterali

fallimento

Data di fine terapia: |_|_| / |_|_| / |_|_| altro

- Esito del trattamento:
- paziente guarito
 - trattamento interrotto per effetti collaterali
 - trattamento completato
 - paziente perso al follow_up
 - deceduto
 - trattamento interrotto per pz non collaborante
 - fallimento terapeutico
 - trasferito c/o

Timbro e firma di chi ha compilato la scheda Data di chiusura |_|_| / |_|_| / |_|_|

..... Telefono

Istruzioni per la compilazione della scheda di sorveglianza degli esiti di terapia (CIO MOD 016)

La sorveglianza degli esiti del trattamento viene condotta solo per i casi di TB polmonare, anche se in associazione con una o più localizzazioni extrapolmonari, e non deve essere effettuata per le forme di TB cronica. E' fondamentale registrare in modo completo ed accurato i dati relativi alla U.O. che ha preso in carico il paziente ed i dati anagrafici del soggetto.

I dati relativi alla U.O., i dati anagrafici e la sezione 1 (Inizio della terapia) devono essere compilati al momento della presa in carico del paziente per la somministrazione della terapia; la scheda così compilata deve essere trasmessa alla Direzione Sanitaria.

La scheda di sorveglianza degli esiti del trattamento va successivamente conclusa con la compilazione della sezione 2 (Fine della terapia) al termine del trattamento; la scheda così completa deve essere trasmessa alla Direzione Sanitaria.

O = campo obbligatorio

R = campo raccomandato

F = campo facoltativo

Azienda ospedaliera (O): denominazione dell'A. O. che prende in carico il paziente per la terapia

Presidio (O): denominazione del Presidio che prende in carico il paziente per la terapia

U.O./Servizio (O): denominazione dell'U.O./Servizio che prende in carico il paziente per la terapia

Cognome, Nome (O): scrivere il cognome e il nome completi, in stampatello, senza abbreviazioni

Sesso (O)

Data di nascita (R): gg/mm/aa

Paese di nascita (O): obbligatorio quando il paziente è nato all'estero

Comune di domicilio (O): comune di domicilio abituale del paziente

Provincia (R): provincia di domicilio abituale del paziente

Sezione 1. Inizio della terapia

Paziente trasferito da altro centro (O): barrare sì se il paziente proviene da un altro centro dove è stata posta la diagnosi e/o era in terapia

In terapia dal (O): per i pazienti che avevano iniziato la terapia presso un altro centro, indicare la data in cui tale terapia è iniziata

Data di inizio terapia (O): data in cui il centro che sta compilando la scheda ha preso in carico il paziente (gg/mm/aa)

Modalità (O): indicare se il paziente è ricoverato o seguito in ambulatorio barrando la casella corrispondente.

DOT (O): indicare se la terapia è supervisionata o no. Per terapia supervisionata si intende l'assunzione dei farmaci da parte del paziente per almeno 3 giorni la settimana sotto il diretto controllo del personale del centro.

Terapia programmata (O): indicare per ogni farmaco i mesi programmati di terapia per la fase iniziale e per la fase di continuazione a partire dal momento della presa in carico del paziente. Se si tratta di un soggetto che inizia la terapia (non trasferito da altro centro) registrare la terapia prevista sia per la fase iniziale sia per quella di continuazione. Se si tratta di un soggetto trasferito da altro centro in trattamento, registrare la terapia prevista dal momento della presa in carico in poi: se il soggetto ha, ad esempio, già completato la fase iniziale, riportare solo i farmaci prescritti da quel momento in poi per la fase di continuazione.

Nel caso vengano somministrati farmaci diversi da quelli elencati nella scheda, specificare il principio attivo, riportando anche in questo caso la fase e il numero di mesi previsti di utilizzo.

Sezione 2. Fine della terapia

Terapia modificata in data (O): se la terapia inizialmente programmata viene modificata indicare la data di modifica (gg/mm/aa). Si ritiene modificato un regime terapeutico per cui:

- sono stati sottratti e/o aggiunti farmaci diversi da quelli previsti nello schema terapeutico impostato inizialmente;

- la durata del trattamento di almeno un farmaco è stata modificata: riduzione o prolungamento superiore a 6 settimane della somministrazione prevista.

Non sono da considerare modifiche del trattamento:

- l'estensione di un mese del trattamento iniziale in caso di positività per micobatteri dopo due mesi nei casi di primo trattamento).
- la modifica del dosaggio del farmaco che è stato però regolarmente somministrato per il tempo previsto.

Per (O): indicare il motivo che ha portato alla modifica della terapia barrando la casella corrispondente; specificare se "altro"

Data di fine terapia (O): data in cui il paziente termina il trattamento presso il centro che sta compilando la scheda (gg/mm/aa). Se il paziente è deceduto indicar qui la data del decesso.

Esito del trattamento (O): barrare la casella corrispondente. Gli esiti del trattamento antitubercolare sono classificati in base alle indicazioni dell'OMS in:

- **Guarito:** un paziente viene considerato guarito quando ha completato il trattamento antitubercolare e
 - se la diagnosi era stata fatta sulla base della coltura esiste almeno una conversione documentata (coltura negativa) in almeno una occasione durante la fase di proseguimento oppure
 - se la diagnosi era basata sull'esame microscopico, vi è documentazione di due microscopici negativi durante la fase di proseguimento.
- **Trattamento completato:** un paziente viene definito come trattamento completato se il trattamento prescritto è stato completato e l'episodio assistenziale è stato ufficialmente dichiarato concluso dal medico curante, ma nel quale
 - la diagnosi era stata posta su base clinica e radiologica,
 - la diagnosi era basata sulla coltura, ma non è stata documentata la conversione batteriologica, oppure
 - la diagnosi era basata sull'esame microscopico, ma non sono disponibili risultati dell'esame microscopico al termine del trattamento.
- **Fallimento terapeutico:** un paziente con esami batteriologici ancora positivi dopo 5 mesi dall'inizio del trattamento eseguito correttamente o che, dopo conversione, diventa nuovamente coltura o diretto positivo.
- **Deceduto:** un paziente che muore per qualsiasi motivo nel corso del trattamento antitubercolare è registrato come deceduto.
- **Trattamento interrotto per effetti collaterali:** trattamento interrotto dal medico per comparsa di effetti collaterali importanti. L'interruzione del trattamento deve essere durata per almeno due mesi.
- **Trattamento interrotto per paziente non collaborante:** interruzione del trattamento attribuibile all'inosservanza dello schema terapeutico da parte del paziente, inclusa l'assunzione di dosi più basse (meno dell'80% di quanto prescritto). L'interruzione del trattamento deve essere durata per almeno due mesi.
- **Paziente perso al follow-up:** paziente che non ha avuto più contatti con il centro per almeno due mesi.
- **Trasferito c/o:** alcuni pazienti possono cambiare centro durante il trattamento ed in questo caso il paziente deve essere registrato come "trasferito". E' necessario rilevare per questi pazienti il centro che li ha presi in carico. Nel caso che non siano disponibili le informazioni su chi continua il trattamento del paziente, il paziente non può essere considerato come trasferito ma, trascorsi due mesi, deve essere registrato come "perso al follow-up". Se un paziente viene trasferito dal reparto ad un ambulatorio della stessa AO, la scheda va comunque chiusa dal reparto e come esito va indicato "trasferimento c/o" con l'indicazione dell'ambulatorio e del presidio che prenderà in carico il paziente per il proseguimento della terapia.