

**Cod. MO\_IA\_56 Scheda anamnestica Quantiferon TB**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Data prelievo: \_\_\_\_\_ Ora prelievo: \_\_\_\_\_ Ora consegna: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_

**Anamnesi:**

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Contatto TB attiva                                | <input type="checkbox"/> | Terapia immunosoppressiva in atto                   | <input type="checkbox"/> |
| Esposizione professionale                         | <input type="checkbox"/> | Immunodeficienze primarie /secondarie non iatrogene | <input type="checkbox"/> |
| Sospetto TB latente                               | <input type="checkbox"/> | Uso abituale di sostanze psicotrope                 | <input type="checkbox"/> |
| Detenuto  | <input type="checkbox"/> | Pre-terapia anti TNF                                | <input type="checkbox"/> |
| Soggetto senza fissa dimora                       | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| Rifugiato   | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| Anziano in casa di riposo o lungodegenza          | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| Immigrato o rientrato da paesi ad alta<br>endemia | <input type="checkbox"/> |   |                          |

Altro: \_\_\_\_\_

- |                               |            | POS                      | NEG                      |
|-------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| Precedenti test tubercolinici | data:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                               | data:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Precedente vaccinazione BCG   | data:..... |                          |                          |

Firma del Medico \_\_\_\_\_