



Compilare in modo chiaro e leggibile, un solo carattere per casella, utilizzando una penna NERA o BLU.

NB: I campi con asterisco (*) sono OBBLIGATORI.



DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Matricola _____ Codice Fiscale _____

DATI TBC TEST MANTOUX (1)

POSITIVO *Lettura in mm _____ *Data Test _____ *Unità internazionali 5 10 *Lettura a: 48 ore

NEGATIVO _____ / _____ / _____ 72 ore

Luogo di effettuazione del test: Laboratorio Privato Comune (o Nazione se fuori dall'Italia) _____ Provincia _____
 Azienda Sanitaria _____

Effettuata vaccinazione TBC con BCG (2): Sì Data Effettuazione della vaccinazione: _____
 No _____

Luogo di effettuazione della vaccinazione: Laboratorio Privato Comune (o Nazione se fuori dall'Italia) _____ Provincia _____
 Azienda Sanitaria _____

DATI TBC SECONDO LIVELLO RX torace (1) *Riportare il referto nella seconda pagina*

**Effettuato RX torace: Sì **Data Effettuazione _____ **Risultato RX torace: Positivo Negativo
 No _____

Luogo di effettuazione del test: Laboratorio Privato Comune (o Nazione se fuori dall'Italia) _____ Provincia _____
 Azienda Sanitaria _____

DATI TBC SECONDO LIVELLO I.G.R.A. Interferon Gamma Release Assay (es. QuantiFERON®) (1) *Riportare il referto nella seconda pagina*

**Effettuato test I.G.R.A.: Sì **Data Effettuazione _____ **Risultato Test: TB Latente Negativo
 No _____

Luogo di effettuazione del test: Laboratorio Privato Comune (o Nazione se fuori dall'Italia) _____ Provincia _____
 Azienda Sanitaria _____

DATI EPATITE B VACCINAZIONE (3)

*Vaccinazione Epatite B: Sì *Dose1 Data: _____ *Dose2 Data: _____
 No _____ Dose3 Data: _____ Richiamo: _____

Luogo di effettuazione del test: Laboratorio Privato Comune (o Nazione se fuori dall'Italia) _____ Provincia _____
 Azienda Sanitaria _____

DATI EPATITE B TITOLO ANTICORPORALE (4)

Titolo anticorporeale (unità di misura UI/ml): _____ **Data effettuazione: _____

Luogo di effettuazione del test: Laboratorio Privato Comune (o Nazione se fuori dall'Italia) _____ Provincia _____
 Azienda Sanitaria _____





REFERTO RX TORACE :

DATA: _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

REFERTO TEST I.G.R.A. :

DATA: _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

REFERTO VISITA INFETTIVOLOGICA:

DATA: _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

NOTE:

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Per lo Studente:

Il modulo deve essere compilato con timbro e firma di un medico di fiducia non necessariamente dal medico di famiglia.

Per il Medico:

I campi senza asterisco sono facoltativi.

I campi con un asterisco (*) devono essere compilati.

I campi con due asterischi (**) dovranno essere riempiti solo per gli interventi di secondo livello che vengono effettuati

Richiami dal modulo:

- 1) In caso di positività del test di Mantoux le linee guida prevedono un intervento di secondo livello. Nella modulistica sono previsti RX del torace, Test I.G.R.A. e visita infettivologica ma è ammessa l'effettuazione anche solo di uno dei tre secondo parere del medico.
- 2) Essendo a conoscenza della difficoltà ad effettuare la Vaccinazione con BCG non viene considerata obbligatoria ai fini dell'immatricolazione l'effettuazione di tale vaccinazione.
- 3) Nel caso di Paziente non vaccinato per l'HBV la certificazione dovrà essere compilata con almeno le date di somministrazione della prima e della seconda dose. La terza dose va inviata tramite stesso mezzo all'atto dell'effettuazione.
- 4) Si raccomanda l'invio del titolo anticorpale per HBV effettuato almeno 30 giorni dopo la III dose.