

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome
Data di Nascita Matricola Cod. Fiscale

DATI TBC TEST MANTOUX (1)

POSITIVO *Lettura in mm *Data Test *Unità internazionali 5 10 *Lettura a 48 ore 72 ore
 NEGATIVO

Luogo effettuazione Test: LABORATORIO PRIVATO AZIENDA SANITARIA Comune o Nazione se fuori dall'Italia Prov.

Effettuata vaccinazione TBC con BCG (2): SI **Data vaccinazione LABORATORIO PRIVATO Comune o Nazione se fuori dall'Italia Prov.
 NO AZIENDA SANITARIA

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

**Effettuato RX torace: SI NO ** Data effettuazione **Risultato RX torace: POSITIVO NEGATIVO

Luogo effettuazione Test: LABORATORIO PRIVATO AZIENDA SANITARIA Comune o Nazione se fuori dall'Italia Prov.

DATI TBC SECONDO LIVELLO I.G.R.A. Interferon Gamma Release Assay (es. QuantiFERON®) (1)

Riportare il referto nella seconda pagina

**Effettuato Test Igra: SI NO ** Data effettuazione **Risultato Test: TB Latente NEGATIVO

Luogo effettuazione Test: LABORATORIO PRIVATO AZIENDA SANITARIA Comune o Nazione se fuori dall'Italia Prov.

DATI EPATITE B VACCINAZIONE (3)

*Vaccinazione Epatite B: SI NO Data I dose Data II dose Data III dose Richiamo

Luogo effettuazione: LABORATORIO PRIVATO AZIENDA SANITARIA Comune o Nazione se fuori dall'Italia Prov.

DATI EPATITE B TITOLO ANTICORPORALE (4)

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

Luogo effettuazione Test: LABORATORIO PRIVATO AZIENDA SANITARIA Comune o Nazione se fuori dall'Italia Prov.

DATI VACCINAZIONE ANTI SARS-CoV-2

Vaccinazione anti SARS-CoV-2: SI NO Data I dose Data II dose Data III dose Richiamo

Date di eventuale insorgenza di positività al tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2: Data 1 Data 2 Data 3

Referto rx toraceData

Timbro e firma del Medico _____

Referto Test I.G.R.A.Data

Timbro e firma del Medico _____

Referto visita infettivologicaData

Timbro e firma del Medico _____

NoteData

Timbro e firma del Medico _____

Note per la 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, ai fini dell'immatricolazione l'effettuazione di tale vaccinazione non viene considerata obbligatoria.
- 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.

Data

Timbro e firma del Medico _____