

TUBERCOLOSI: SOSPETTO CASO INDICE

(scheda a cura del Medico Competente)

Paziente affetto da TBC (Cognome e nome) _____

Valutazione della tua esposizione individuale

Lavoratore _____

Reparto _____

Mansione _____

Sei stato presente nella zona potenzialmente contaminata? SI NO

(Luogo di permanenza del paziente, per esempio camera di degenza, stanza dove ha effettuato accertamenti o trattamenti, mezzo di trasporto per trasferimenti, ecc.)

Hai usato una maschera filtrante ? SI NO

(La maschera facciale è un Dispositivo di Protezione Individuale)

Che tipo di maschere filtranti hai utilizzato? _____

(mascherina chirurgica, maschera FFP2 o FFP3, altro...)

Sei addetto direttamente alla cura personale del paziente? SI NO

Sei addetto o sei stato presente a manovre ad alto rischio? SI NO

(broncoscopia, laringoscopia, chirurgia toracica o laringea, ventilazione invasiva, aerosol, spirometria, ecc.)

Se si, specifica quali tipi di manovre _____

Esposizione complessiva senza Dispositivi di Protezione Individuale

Numero di ore a contatto diretto con il paziente _____

N° ore di permanenza nella zona potenzialmente contaminata _____

Data _____

Firma del Lavoratore

Firma del Dirigente

N.B. I lavoratori immunocompromessi (AIDS, Linfomi, leucemie, chemioterapie) con precedenti di trapianto, bypass digiuno-ileo, ileo-ileale, gastrectomizzati, insufficienza renale cronica, emodializzati, affetti da diabete ID o silicosi, sono invitati a contattare il medico competente.

Da inviare quanto prima al Medico Competente e in copia alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero sede di lavoro