

## Navodilo za izpolnjevanje obrazca DEL-6 PREGLED KONTAKTA IN ZDRAVLJENJE LATENTNE TUBERKULOZNE OKUŽBE (KEMOPROFILAKSA)

Z obrazcem DEL-6 specialistične ambulante in drugi poročajo o pregledu kontakta z bolnikom s tuberkulozo in ev. zdravljenju latentne tuberkulozne okužbe (kemoprofilaksi). Poročilo se izpolni med pregledom kontakta in **po opravljenem pregledu** pošlje v Register za tuberkulozo na Golnik, ne glede na to ali se zdravnik odloči za zdravljenje latentne tuberkulozne okužbe (kemoprofilakso) ali ne. Obrazec se izpolni tudi po pregledu drugih rizičnih oseb, ki jih pregledujemo ciljano z namenom ugotovitve in zdravljenja latentne tuberkulozne okužbe.

Preglede je potrebno opraviti čimprej po ugotovitvi tuberkuloze in obrazec vrniti takoj po prvem pregledu kontakta!

V poseben okvir na desni strani obrazca najprej vnesite čim natančnejše podatke o **ustanovi**, ime in priimek **zdravnika**, **telefon** in/ali **fax**, na katerem je zdravnik najlaže dosegljiv.

1. **PRIIMEK IN IME**: Vnesite polno ime in priimek kontakta ali druge pregledane osebe, ki jo prijavljate registru.
2. **STANOVANJE**: Potrebni so čim bolj natančni podatki o bivališču pregledane osebe.
3. **DATUM ROJSTVA**: Napišite dan, mesec in leto rojstva v celoti. Delni podatki niso sprejemljivi.
4. **SPOL**: Označite ustrezn kvadrat.
5. **OSEBA JE PREGLEDANA**: Označite kvadrat pred ustrezno kategorijo. Če je kontakt pregledan v zvezi z določenim bolnikom navedite priimek in ime tega bolnika. Če gre za druge okoliščine (pregled zdravstvenega osebja, okuženih s HIV, intravenskih uživalcev mamil...), označite **drugo** in jih opišite. **V primeru, da gre za pregled osebe pred uvedbo bioloških zdravil označite točko 3.**
6. **MESTO STIKA Z NOVOODKRITIM TUBERKULOZNI BOLNIKOM**: Označite kvadrat pred ustrezno kategorijo. Če do stika s tuberkuloznim bolnikom ni prišlo **doma** ali **na delovnem mestu**, označite **drugje** in to opišite.
7. **ZAPOSLITEV/ŠOLA**: Označite ustrezno kategorijo.
8. **POSEBNE OKOLIŠČINE**: Označite posebne okoliščine, zaradi katerih je oseba lahko pregledovana.
9. **BOLEZENSKA STANJA S POVEČANIM TVEGANJEM ZA TUBERKULOZO**: Označite bolezensko stanje, ki predstavlja povečan rizik za okužbo ali razvoj bolezni po okužbi.
10. **PREDHODNA DIAGNOZA TUBERKULOZE**: Označite **ne**, če bolnik v preteklosti ni bil obravnavan zaradi tuberkuloze. Označite **da**, če je bolnik imel v preteklosti že postavljeno diagnozo tuberkuloze. Nato označite, ali je bila predhodna tuberkuloza **zazdravljena/zdravljenje končano** (bolnik je bil negativiziran in/ali predvideno zdravljenje bolezni je bilo zaključeno). Če označite zazdravljena/zdravljenje končano, je potrebno navesti tudi leto predhodne diagnoze. Če je bila v preteklosti več kot ena epizoda tuberkuloze, označite ustrezen kvadrat. Označite **nedokončano zdravljenje/neredno jemanje zdravil**, če je bolnik prenehal z jemanjem zdravil pred koncem predvidenega režima zdravljenja za dva ali več mesecev in se vrnil na zdravljenje v razmazu sputuma spet pozitiven (ali negativen, vendar glede na klinično oceno in rentgenogram z aktivno boleznijo).

11. **SIMPTOMI/ZNAKI SKLADNI S TBC:** Označite **prisotni**, če so prisotni klinični znaki tuberkuloze (hujšanje, kašelj, inapetenca itd.). Če kliničnih znakov ni, označite kvadrat **odsotni**, in če prisotnost kliničnih znakov ni znana, označite **neznano**.

12. **BCG VAKCINACIJA:** Označite, ali je bilo besežiranje opravljeno. Označite **neznano**, če ni znano ali je bil bolnik besežiran ali ne.

13. **RENTGENOGRAM PRSNIH ORGANOV:** Označite izvid rentgenograma prsnega koša v diagnostičnem postopku in sicer kot **patološki**, če so spremembe skladne z diagnozo tuberkuloze, **normalen**, če je brez sprememb; **ni napravljen**, če je znano, da slikanje ni bilo napravljeno, in **neznano**, če ni znano, ali je bila preiskava opravljena ali rezultati niso znani. Če je rentgenogram patološki, je potrebno označiti, ali so prisotne spremembe, ki kažejo na staro tuberkulozo.

14. **TUBERKULINSKI TEST:** Označite rezultat Mantoux-ovega testa (tuberkulin, PPD, 2 TE), opravljenega v diagnostičnem postopku. Vedno je potrebno označiti velikost tuberkulinske reakcije v milimetrih in nato navesti kako je bil test interpretiran. **Pozitiven** pomeni, da je pacient verjetno okužen z *M. tuberculosis*. **Negativen** pomeni, da po veljavnih kriterijih test ne ustreza pozitivnemu rezultatu. Če test ni bil opravljen, označite **ni napravljen**. Označite **neznano**, če ni znano, ali je bil test opravljen, ali če rezultat testa ni znan.

Če je ob prvem pregledu tuberkulinski kožni test pozitiven je ta dovolj za odločitev o latentni okužbi s tuberkulozo.

14a. **BOOSTER TUBERKULINSKI TEST:** Če je prvi tuberkulinski test negativen, pri odraslih napravimo booster tuberkulinski test čez teden dni na isti roki nekaj cm stran od mesta, kjer je bil opravljen prvi test.

14b. **PONOVNI TUBERKULINSKI TEST:** Če gre za otroka ali pa odraslega z negativnim prvim testom, opravimo ponovni tuberkulinski test 10 -12 tednov od *zadnjega kontakta s tuberkulinskim bolnikom* in se takrat odločamo o latentni okužbi s tuberkulozo..

14c. **PRVI QUANTIFERON® TB-GOLD TEST:** Označite rezultat.

15. **PONOVNI QUANTIFERON® TB-GOLD TEST:** Označite rezultat.

15a. **MIKROSKOPSKI PREGLED IZMEČKA:** Vnesite samo podatek o izvidu mikroskopske preiskave razmaza sputuma. Če je bilo opravljenih več preiskav sputuma, označite **pozitiven**, če je katera koli preiskava na BK dala pozitiven rezultat (takrat je potrebno bolnika tudi takoj prijaviti z obrazcem DEL-1 in ne čakati na izvide kultur), in **negativen**, če so vse opravljene preiskave dale negativen rezultat. Sem sta všteta tako spontani kot inducirani sputum. Če rezultat ni jasen, ga ne vključite. Tu ne upoštevajte mikroskopskega pregleda drugih kužnin, ki jih dobimo z izpiranji in aspiracijami (lavat bronha, krtačenje, bioptični material, aspiracija želodčne vsebine itd...). Označite **ni napravljen**, kadar je znano, da preiskava ni bila opravljena. **Neznan** označite takrat, kadar ni znano, ali je bila preiskava sputuma opravljena, ali pa rezultati niso znani zaradi kontaminacije in drugega sputuma ni.

16. **PREDHODNO ZDRAVLJENJE LATENTNE OKUŽBE:** Če pri pregledani osebi dosedaj ni bilo izvedeno zdravljenje latentne okužbe, označite **ne**. Če je oseba že prejela kemoprofilakso v preteklosti,

označite **da** in navedite leto, režim in trajanje režima kemoprofilakse. Označite **neznano**, če ni znano ali je oseba v preteklosti prejela kemoprofilakso ali ne.

17. **BOLEZENSKA STANJA, KI LAHKO OVIRAJO ZDRAVLJENJE LATENTNE OKUŽBE:** Navedite bolezensko stanje, ki lahko ovira zdravljenje latentne tuberkulozne okužbe.

18. **KEMOPROFILAKSA:** Označite **ne**, če se pri kontaktu ali drugi pregledovani osebi niste odločili za uvedbo zdravljenja latentne tuberkulozne okužbe. Označite **da**, če ste se odločili za uvedbo zdravljenja latentne tuberkulozne okužbe pri kontaktu ali drugi pregledani osebi.

Označite ustrezeni režim antituberkulotikov, ki ste jih predpisali za zdravljenje in navedite ali je šlo za intermitentno ali vsakodnevno prejetje zdravil. Če režima ne morate označiti, navedite sestavo in trajanje na koncu. **V kolikor uvedete kemoprofilakso, po končanem zdravljenju izpolnite obrazec DEL6-A.**

19. **NAPOTITEV NA PREISKAVE ZARADI SUMA NA TB ALI NA ZDRAVLJENJE:** Označite **ne**, če pregledana oseba ni bila napotena na nadaljnje preiskave zaradi suma na tuberkulozo ali zdravljenje. Označite **da**, kadar je bila pregledana oseba napotena na preiskave zaradi suma na aktivno tuberkulozo, ali pa je bilo potrebno zdravljenje aktivne tuberkuloze (pozitivni bakteriološki ugotovki). Takrat navedite natančno tudi ustanovo, kamor je oseba napotena. Označite **neznano** samo izjemoma, kadar res ni znano, ali je bila pregledana oseba napotena na nadaljnjo diagnostiko, ali pa je bilo potrebno zdravljenje aktivne tuberkuloze.

20. **KOMENTAR:** Tu je na voljo dodatni prostor za zapis pripomb o bolniku (v kakšnih okoliščinah bo potekalo preventivno zdravljenje latentne okužbe, izvajanje in nadzor pri zdravljenju itd.)

### **POMEMBNO:**

ZARADI MOŽNOSTI, DA PRI OSEBI, KI JE BILA V STIKU S TUBERKULOZNI BOLNIKOM PRIDE DO RAZVOJA AKTIVNE BOLEZNI V PRIHODNOSTI, JE O OPRAVLJENEM PREGLEDU ZARADI STIKA S TUBERKULOZNI BOLNIKOM OBVEZNO OBVESTITE IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA/PEDIATRA. TA NAJ BI V ZDRAVSTVENI KARTON NA JASNO MESTO OZNAČIL, DA JE BILA OSEBA PREGLEDANA ZARADI STIKA S TUBERKULOZNI BOLNIKOM. PRAV TAKO JE POTREBNO JASNO OZNAČITI PREVENTIVNO ZDRAVLJENJE LATENTNE TUBERKULOZNE OKUŽBE, ČE JE BILO ZDRAVLJENJE IZVEDENO.

**DATUM PREGLEDA:** Napišite dan, mesec in leto pregleda v celoti. Delni podatki niso sprejemljivi.

**DATUM PRIJAVE:** Napišite dan, mesec in leto prijave v celoti. Delni podatki niso sprejemljivi.