

PREGLED KONTAKTA IN ZDRAVLJENJE LATENTNE TUBERKULOZNE OKUŽBE (KEMOPROFILAKSA)

Ustanova:.....

Zdravnik:.....

Telefon(fax):.....

1. Priimek in ime: _____

2. Stanovanje: _____

3. Datum rojstva: dan:..... mesec:..... leto:..... 4. Spol: 1 M2 Ž5. Oseba je pregledana: 1 V zvezi z bolnikom → Priimek in ime: _____ dan/mesec/leto2 Drugo (opiši): _____

6. Mesto stika z novoodkritim tuberkuloznim bolnikom:

- 1 Doma v skupnem gospodinjstvu
 2 Na delovnem mestu
 3 Drugje, opiši: _____
 9 Neznano

7. Zaposlitev / šola:

- 1 Zaposlen
 2 Brezposlen
 3 Upokojenec
 4 Predšolski otrok
 5 Na šolanju
 9 Neznano

8. Posebne okoliščine:

- 1 Oskrbovanec ali osebje ustanove (bolnišnica, dom...), opiši: _____
 2 Oseba ali zaposlen v priporu / zaporu
 3 Priseljen iz države z visoko prevalenco tuberkuloze (v zadnjih 5 letih)
 4 Begunec
 5 Brezdomec
 6 Sezonski delavec
 7 Brez
 9 Neznano

9. Bolezenska stanja s povečanim tveganjem za tuberkulozo:

- 1 Okužba s HIV
 2 Sistemski kortikosteroidi
 3 Kemoterapija maligne bolezni
 4 Uporaba drog
 5 Silikoza, diabetes, kronična ledvična odpoved, krvna bolezen (levkemija, limfom)
 6 Karcinom glave, vratu ali pljuč
 7 Znatno znižana telesna teža, po gastrektomiji ali jejunoilealnem obvodu
 8 Brez
 9 Neznano

10. Predhodna diagnoza tuberkuloze:

- 1 Ne
 2 Da → 1 Zazdravljena / zdravljenje končano → Leto predhodne diagnoze: _____ Več kot ena epizoda tuberkuloze:
 2 Nedokončano zdravljenje / neredno jemanje zdravil 1 Da
 2 Ne
 9 Neznano

11. Simptomi skladni s TBC:

- 1 Odsotni
 2 Prisotni
 9 Neznano

12. BCG vakcinacija:

- 1 Ne
 2 Da
 9 Neznano

13. Rentgenogram prsnih organov:

- 1 Patološki → Stara tuberkuloza
 2 Normalen 1 Ne
 3 Ni napravljen 2 Da
 9 Neznano 9 Neznano

14. Prvi tuberkulinski test:

- velikost induracije: _____
 1 Pozitiven
 2 Negativen
 3 Ni napravljen
 9 Neznano

14a. Booster tuberkulinski test:

- velikost induracije: _____
 1 Pozitiven
 2 Negativen
 3 Ni napravljen
 9 Neznano

(test ponovimo pri odraslih po enem tednu, če je prvi tuberkulinski test negativen in nameravamo tuberkulinsko testiranje ponavljati zaradi spremljanja pojavnosti konverzije)

14b. Ponovni tuberkulinski test

- velikost induracije: _____
 1 Pozitiven
 2 Negativen
 3 Ni napravljen
 9 Neznano

(test opravimo ponovno 8-12 tednov, od zadnjega kontakta s tuberkuloznim bolnikom pri otrocih in drugih kandidatih za kemoprofilakso, če je prvi tuberkulinski test negativen)

Podatki na obrazcu omogočajo identifikacijo posameznika, so zaupni in namenjeni samo nadzoru bolezni.

Poročila in informacije lahko daje samo pooblaščen osebje s pristankom bolnika.

14c. Prvi QuantiFERON® TB-Gold test:

- 1 Pozitiven
 2 Negativen
 3 Ni napravljen
 9 Neznano

15. Ponovni QuantiFERON® TB-Gold test:

- 1 Pozitiven
 2 Negativen
 3 Ni napravljen
 9 Neznano

(test opravimo ponovno 8-12 tednov,
 od zadnjega kontakta s tuberkuloznim bolnikom
 pri otrocih in drugih kandidatih za kemoprofilakso,
 če je prvi kvantiferonski test negativen)

15a. Mikroskopski pregled izmečka:

- 1 Pozitiven
 2 Negativen
 3 Ni napravljen
 9 Neznano

16. Predhodno zdravljenje latentne okužbe:

- 1 Ne
 2 Da → leto: _____, režim: _____, trajanje: _____
 9 Neznano

17. Bolezenska stanja in zdravila, ki lahko ovirajo zdravljenje latentne okužbe:

- 1 Aktivni hepatitis
 2 Ciroza
 3 Alkoholizem
 4 HIV
 5 Brez
 6 Zdravila: _____
 9 Neznano

18. Kemoprofilaksa:

- 1 Ne
 2 Da
 9 Neznano

19. Napotitev na preiskave zaradi suma na TB ali na zdravljenje:

- 1 Ne
 2 Da → Navedite ustanovo: _____
 9 Neznano

REŽIMI:

- 1 HR - 3 m
 2 RZ - 2 m
 3 H - 9 m
 4 Drugo (sestava, trajanje): _____
 9 Neznano
- 1 vsak dan
 2 intermitentno (DOTS)

20. Komentar:

POMEMBNO:

Zaradi možnosti, da pri osebi, ki je bila v stiku s tuberkuloznim bolnikom pride do razvoja aktivne bolezni v prihodnosti, je o opravljenem pregledu zaradi stika s tuberkuloznim bolnikom obvezno obvestiti izbranega osebnega zdravnika / pediatra. Ta naj v zdravstveni karton jasno označi, da je bila oseba/otrok pregledana zaradi stika s tuberkuloznim bolnikom. Prav tako je potrebno jasno označiti preventivno zdravljenje latentne tuberkulozne okužbe, če je bila kemoprofilaksa izvedena. V primeru, da je bolnik kandidat za kemoprofilakso pa jo odkloni, prosimo, da to zabeležite v njegovo zdravstveno dokumentacijo in v komentar na obrazcu.

Datum pregleda: dan: _____ mesec: _____ leto: _____

Datum prijave: dan: _____ mesec: _____ leto: _____

Podpis zdravnika: _____