

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 gospodinjstvu2 Na delovnem mestu3 Drugje, opiši: _____9 Neznano

7. Zaposlitev / šola:

1 Zaposlen2 Brezposlen3 Upokojenec4 Predšolski otrok5 Na šolanju9 Neznano

8. Posebne okoliščine:

1 Oskrbovanec ali osebje ustanove (bolnišnica, dom...), opiši: _____2 Oseba ali zaposlen v priporu / zaporu3 Priseljen iz države z visoko prevalenco tuberkuloze (v zadnjih 5 letih)4 Begunec5 Brezdomec6 Sezonski delavec7 Brez9 Neznano

9. Bolezenska stanja s povečanim tveganjem za tuberkulozo:

1 Okužba s HIV2 Sistemski kortikosteroidi3 Kemoterapija maligne bolezni4 Uporaba drog5 Silikoza, diabetes, kronična ledvična odpoved, krvna bolezen (levkemija, limfom)6 Karcinom glave, vratu ali pljuč7 Znatno znižana telesna teža, po gastrektomiji ali jejunoilealnem obvodu8 Brez9 Neznano

10. Predhodna diagnoza tuberkuloze:

1 Ne2 Da → 1 Zazdravljena / zdravljenje končano → Leto predhodne diagnoze: _____ Več kot ena epizoda tuberkuloze:2 Nedokončano zdravljenje / neredno jemanje zdravil1 Da2 Ne9 Neznano

11. Simptomi skladni s TBC:

1 Odsotni2 Prisotni9 Neznano

12. BCG vakcinacija:

1 Ne2 Da9 Neznano

13. Rentgenogram prsnih organov:

1 Patološki → Stara tuberkuloza2 Normalen 1 Ne3 Ni napravljen 2 Da9 Neznano 9 Neznano

14. Prvi tuberkulinski test:

velikost induracije: _____

1 Pozitiven2 Negativen3 Ni napravljen9 Neznano

14a. Booster tuberkulinski test:

velikost induracije: _____

1 Pozitiven2 Negativen3 Ni napravljen9 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 Pozitiven2 Negativen3 Ni napravljen9 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: _____