

Ustanova:.....

Zdravnik:.....

Telefon(fax):.....

## PREGLED OSEBE PRED UVEDBO BIOLOŠKIH ZDRAVIL IN ZDRAVLJENJE LATENTNE TUBERKULOZNE OKUŽBE

1. Priimek in ime: \_\_\_\_\_

2. Stanovanje: \_\_\_\_\_

3. Datum rojstva: dan:..... mesec:..... leto:..... 4. Spol: 1  M  
2  Ž

5. Predvideno zdravljenje z biološkimi zdravili bo potekalo pri:

- 1  Revmatolog  
2  Gastroenterolog  
3  Dermatolog  
4  Drugi: \_\_\_\_\_

6. Zaposlitev / šola:

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

7. 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

8. 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

9. 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

10. Simptomi skladni s TBC:

- 1  Odsotni  
2  Prisotni  
9  Neznano

11. BCG vakcinacija:

- 1  Ne  
2  Da  
9  Neznano

12. Rentgenogram prsnih organov:

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

13. Prvi tuberkulinski test:

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

14. Ponovni tuberkulinski test

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

## 15. Prvi QuantiFERON® TB-Gold test:

- 1  Pozitiven  
 2  Negativen  
 3  Ni napravljen  
 9  Neznano

## 16. Mikroskopski pregled izmečka:

- 1  Pozitiven  
 2  Negativen  
 3  Ni napravljen  
 9  Neznano

## 17. Predhodno zdravljenje latentne okužbe:

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

## 18. Bolezenska stanja, ki lahko ovirajo zdravljenje latentne okužbe:

- 1  Aktivni hepatitis  
 2  Ciroza  
 3  Alkoholizem  
 4  HIV  
 5  Brez  
 9  Neznano

## 19. Zdravila, ki lahko ovirajo zdravljenje latentne okužbe:

- 1  Ne  
 2  Da, katera \_\_\_\_\_

## 20. Kemoprofilaksa:

- 1  Ne  
 2  Da  
 9  Neznano

## 21. 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)

## 22. Komentar:

## 23. Bolnik je z morebitnimi stranskimi učinki in zapleti ob prejemanju kemoprofilakse seznanjen.

Z načinom zdravljenja se bolnik:

- 1  Strinja  
 2  Ne strinja

Podpis bolnika \_\_\_\_\_

**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.

Datum pregleda: dan: \_\_\_\_\_ mesec: \_\_\_\_\_ leto: \_\_\_\_\_

Datum prijave: dan: \_\_\_\_\_ mesec: \_\_\_\_\_ leto: \_\_\_\_\_

Podpis zdravnika: \_\_\_\_\_