**Testresultate Umgebungsuntersuchung: TB-Fallnummer …………….**

|  |
| --- |
| **Resultate von** |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Adresse |  |
| Telefonnummer |  |
| Letzter Kontakt mit IP |  |
| Kontaktort |  |
| Beziehungsart |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BCG-Impfung** | **[ ]** ja; am ……………. (Datum) | **[ ]** nein | **[ ]** unbekannt |
| **früherer Tuberkulinhauttest** | **[ ]** ja; am ……………. (Datum)Resultat\* …………..... mm | **[ ]** nein | **[ ]** unbekannt |
| **früherer Bluttest (IGRA)** | **[ ]** QuantiFERON-TB-Gold Test  | **[ ]** T-SPOT.TB Test |
|  | **[ ]** ja; am ……………. (Datum) | **[ ]** nein | **[ ]** unbekannt |
| Resultat: | **[ ]** positiv | **[ ]** negativ | **[ ]**  unbestimmt |

|  |
| --- |
| **Abklärungen\*\*** |
| **1.** | **Tuberkulinhauttest (THT)\*\*\*sofort für Alter** **1 Monat bis ≤ 12-jährig** | THT gesetztDatum: …………… | THT abgelesenDatum: ……………. | Resultat\*…………… mm |
| **2.** | **Tuberkulinhauttest (THT)\*\*\*2 Monate nach Kontakt für** **Alter 1 Monat bis ≤ 12-jährig und Erwachsene > 12-jährig** | THT gesetztDatum: …………… | THT abgelesenDatum: ……………. | Resultat\*…………… mm |
| **3.** | **1. Bluttest(IGRA)****ohne Wartezeit** | [ ]  QuantiFERON-TB-Gold TestDatum: .......................**Laborwert**IU/ml: ................ Mitogen: ................**Infiziert**[ ]  ja [ ]  nein [ ]  unbestimmt | [ ]  T-SPOT.TB TestDatum: .......................**Laborwert**ESAT-6: ................ CFP-10: ................**Infiziert**[ ]  ja [ ]  nein [ ]  unbestimmt |
| **4.** | **2. Bluttest (IGRA)****2 Monate nach Kontakt** | [ ]  QuantiFERON-TB-Gold TestDatum: .......................**Laborwert**IU/ml: ................ Mitogen: ................**Infiziert**[ ]  ja [ ]  nein [ ]  unbestimmt | [ ]  T-SPOT.TB TestDatum: .......................**Laborwert**ESAT-6: ................ CFP-10: ................**Infiziert**[ ]  ja [ ]  nein [ ]  unbestimmt |
| **5.** | **Röntgen-Thorax** | Datum: ……….…… Befund: …………………………….….…………………………. |
| \*\*\*\*\*\* | Bitte Ergebnisse des Tuberkulinhauttests in *mm* angeben, nicht nur *positiv* oder *negativ*Gemäss «Handbuch Tuberkulose» der Lungenliga Schweiz und des BAG ([www.tbinfo.ch](http://www.tbinfo.ch))Bei Immunsuppression: ohne Wartezeit sowie erneut nach acht Wochen nur Bluttest durchführen |

**Getroffene therapeutische Massnahmen:**

**[ ]** keine; Begründung:……………………………………………………………………………………………

Behandlung einer Tuberkulose- Infektion (TBI): **[ ]** ja **[ ]**  nein

Wenn **ja**, womit? Entweder

[ ]  **Isoniazid** während ….… Monaten **oder**

[ ]  **Rifampicin** während ……. Monaten **oder**

[ ]  **Rifampicin** und Isoniazid während ……. Monaten

Beginn der Behandlung: ………………… (Datum)

Bemerkungen, weitere Massnahmen:

…………………………………………………………………..…………………………………………………..

……………………………………………………………………………..……………………………………......Datum: ……………………... Stempel und Unterschrift: ….…………………………………………………...