**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 gesetzt  Datum: | THT abgelesen  Datum: | Resultat\*        mm |
| **2.** | **Tuberkulinhauttest (THT)\*\*\* 2 Monate nach Kontakt für** **Alter  1 Monat bis ≤ 12-jährig und Erwachsene > 12-jährig** | | THT gesetzt:  Datum: | THT abgelesen:  Datum: | Resultat\*        mm |
| **3.** | **1. Bluttest (IGRA)**  **ohne Wartezeit** | QuantiFERON-TB-Gold Test  Datum:  **Laborwert**  IU/ml:       Mitogen:  **Infiziert**  ja  nein  unbestimmt | | T-SPOT.TB Test  Datum:  **Laborwert**  ESAT-6:       CFP-10:  **Infiziert**  ja  nein  unbestimmt | |
| **4.** | **2. Bluttest  (IGRA)**  **2 Monate nach Kontakt** | QuantiFERON-TB-Gold Test  Datum:  **Laborwert**  IU/ml:       Mitogen:  **Infiziert**  ja  nein  unbestimmt | | T-SPOT.TB Test  Datum:  **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: ….………………………………………………….......................