**Screening Testresultat von:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Geb.dat.: |  |
| Adresse: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Telefon.: |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Abklärungen\*** | | | | | |
| **1.** | **Tuberkulin-**  **hauttest (THT)** | THT gesetzt  Datum: ……………………. | Test abgelesen  Datum: ……………………. | | Resultat\*\*:  …………. mm |
| **2.** | **Bluttest IGRA** | 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 | |
| **3.** | **Thoraxröntgen-**  **bild** | Datum: ……………… Befund:………………………..……………………………. | | | |
| \* **Gemäss den Empfehlungen „Handbuch Tuberkulose“, der Lungenliga Schweiz (www.tbinfo.ch)**  **\*\* Bitte Ergebnisse des Tuberkulintests in Millimeter angeben, nicht nur positiv oder negativ** | | | | | |

**Getroffene therapeutische Massnahmen:**

* Keine  Begründung ……………………………………………………………………………………………
* Behandlung einer Tuberkulose-Infektion (TBI): Ja  Nein

Wenn **ja**, womit? Entweder

**Isoniazid** während ….… Monaten **ODER**

**Rifampicin** während ……. Monaten

Beginn der Behandlung, Datum: …………………

Bemerkungen, weitere Massnahmen: …………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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