**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 gesetztDatum: ……………………. | Test abgelesenDatum: ……………………. | Resultat\*\*: …………. mm |
| **2.**  | **BluttestIGRA** | [ ]  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  |
| **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: ……………………………………………