###

### Screening Testresultate für

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |       |
| Geb. Datum: |       |
| Adresse:  |      ,       |
| 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 [ ]  unbekannt **[ ]** ja, Datum:      [ ]  nein [ ]  unbekannt Befund: [ ]  positiv [ ]  negativ [ ]  unbestimmt |

|  |
| --- |
| **Abklärungen\*** |
| **1.** | **Tuberkulin-****hauttest (THT)** | THT gesetztDatum:       | Test abgelesenDatum:       | Resultat\*\*: Befund       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:      |
| \* **Gemäs 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 tuberkulösen 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:

Vorname Name Lungenliga ... Telefon

E-Mail Strasse Nr. Fax

Telefon direkt PLZ Ort Internetadresse