### 

### 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 gesetzt  Datum: | Test abgelesen  Datum: | | Resultat\*\*:  Befund       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: | | | |
| \* **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