

Tuberkuloosille altistuneet alle 7-vuotiaat lapset
Lastentautien poliklinikka täyttää

LOMAKE 2

| | | | |
|--|----------------|---|----------------|
| TB-potilaan nimi | Hetu | <input type="checkbox"/> Suuri tartuntariski <input type="checkbox"/> Pieni tartuntariski | |
| Sairaalan lastentautien pkl:n nimi/osoite | Puhelin | Lomakkeen täyttäjän nimi/ammatti | Puhelin |

ALTISTUNEET ALLE 7-VUOTIAAT

| Nimi | Hetu | Käynnit lasten poliklinikalla | | TB-tartunta todettu* | LTBI-hoito Pvm | TB-tauti todettu | TB-hoito aloitettu Pvm |
|------|------|-------------------------------|---------------------------|---|-------------------|---|---------------------------|
| | | 1. käynti Pvm | Seuranta lopetettu Pvm | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |

* B-TbIFNg-testin positiivinen tulos on ≥ 1 IU/ml perusterveillä ja ≥ 0.35 IU/ml immuunipuutteisilla.

ALTISTUNEET ALLE 7-VUOTIAAT

| Nimi | Hetu | Käynnit lasten poliklinikalla | | TB-tartunta todettu* | LTBI-hoito | TB-tauti todettu | TB-hoito aloitettu |
|------|------|-------------------------------|---------------------------|---|------------|---|--------------------|
| | | 1. käynti Pvm | Seuranta lopetettu Pvm | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: _____ <input type="checkbox"/> Ei | |

* B-TbIFNg-testin positiivinen tulos on ≥ 1 IU/ml perusterveillä ja ≥ 0.35 IU/ml immuunipuutteisilla.

Lastentautien pkl faksaa tai lähettää lomakkeen lasten seurannan loputtua:

TB-potilaan kotikunnan tartuntataudeista vastaavalle lääkärille/hoitajalle.