

LOMAKE 1

ALOITA TARTUNNANJÄLJITYS (rastita oikea kohta)

- Suuri tartuntariski: Värjäyspositiivinen keuhkotuberkuloosi
- Suuri tartuntariski: Värjäysnegatiivinen keuhkotuberkuloosi + keuhkojen röntgenkuvassa ontelo
- Suuri tartuntariski: Värjäyspositiivinen erittävä haava tai paise, josta muodostuu ilmaan aerosolia
- Pieni tartuntariski: Värjäysnegatiivinen keuhkotuberkuloosi

POTILAAN PERUSTIEDOT (lääkäri täyttää)

Potilaan nimi		Henkilötunnus
Osoite		
Kotikunta	Puhelin	Syntymämaa ja Suomeen tulovuosi
Kielitaito ja tulkin tarve, jos on		
Ammatti/opiskelija/muu tausta		
Taustasairaudet		
Raskaus <input type="checkbox"/> Kyllä, synnytyspvm: ____ . ____ .20 ____ <input type="checkbox"/> Ei		
Päihteiden käyttö <input type="checkbox"/> Runsas alkoholi <input type="checkbox"/> Vesipiippu <input type="checkbox"/> Muut huumeet, mitkä: _____ <input type="checkbox"/> Ei		

POTILAAN SAIRASTUMISTIEDOT (lääkäri täyttää)

Aiemmin sairastettu TB		Missä elimessä: _____ Mikä vuosi: _____ <input type="checkbox"/> Ei	
Potilaalla on nyt		<input type="checkbox"/> Keuhkotuberkuloosi <input type="checkbox"/> Muu tuberkuloosi, mikä: _____	
Diagnostinen näyte		<input type="checkbox"/> Yskös <input type="checkbox"/> Bronkoskopia (bronkuslima/BAL) <input type="checkbox"/> Kudosnäyte <input type="checkbox"/> Erittävä haava/paise	
Näytteen TB-värjäys		Ottopvm: ____ . ____ .20 ____ <input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen	
Näytteen TB-viljely		Ottopvm: ____ . ____ .20 ____ <input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Ei valmis	
Näytteen TBNhO		Ottopvm: ____ . ____ .20 ____ <input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Ei otettu	
Alustavan lääkeherkkyuden mukaan rifampisiinille herkkä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei tietoa			
Keuhkojen röntgenkuvassa ontelo (kaverni) <input type="checkbox"/> Kyllä, ottopvm: ____ . ____ .20 ____ <input type="checkbox"/> Ei			
TB-lääkityksen aloituspvm ____ . ____ .20 ____			

TARTUTTAVUUSAIKA (lääkäri täyttää)

Jos yskää, kirjaa
• Arvioitu tartuttavuusaika ____ . ____ .20 ____ - ____ . ____ .20 ____ (yskän alkamisesta TB-lääkityksen aloitukseen) (HUOM! Mikäli kaverni, tartuttavuusaika on minimissään ainakin TB-lääkityksen alkamisvpm:stä 3 kk takautuvasti)
Jos yskää ei ole, kirjaa
• Suuri tartuntariski: TB-lääkityksen aloituksesta 3 kk takautuvasti: ____ . ____ .20 ____ - ____ . ____ .20 ____
• Pieni tartuntariski: TB-lääkityksen aloituksesta 1 kk takautuvasti: ____ . ____ .20 ____ - ____ . ____ .20 ____

1 Samassa perhepiirissä Samassa taloudessa asuvat <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		Muut lähiomaiset (esim. isovanhemmat) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
2 Työpaikalla <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Työpaikan nimi (ajanjakso, osoite, esimiehen puhelinnumero, työterveyshuollon nimi)					
3 Koulussa tai oppilaitoksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Koulun tai oppilaitoksen nimi (ajanjakso, osoite, terveydenhoitajan nimi/puhelinnumero, työterveyshuollon nimi)					
4 Päiväkodissa tai -hoidossa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Päiväkodin/hoidon nimi (ajanjakso, osoite, päiväkodin johtajan puhelinnumero)					
5 Sairaalassa tai terveyskeskuksessa (myös kotisairaanhoido) Sairaalan/terveyskeskuksen nimi ja osasto (ajanjakso)					
<input type="checkbox"/> Kyllä		<input type="checkbox"/> Kyllä ja ilmoitettu osastonhoitajalle		<input type="checkbox"/> Ei	
Sairaalan/terveyskeskuksen nimi ja osasto (ajanjakso)					
<input type="checkbox"/> Kyllä		<input type="checkbox"/> Kyllä ja ilmoitettu osastonhoitajalle		<input type="checkbox"/> Ei	
Sairaalan/terveyskeskuksen nimi ja osasto (ajanjakso)					
<input type="checkbox"/> Kyllä		<input type="checkbox"/> Kyllä ja ilmoitettu osastonhoitajalle		<input type="checkbox"/> Ei	
6 Hoitolaitoksessa (esim. katkaisuhoido)		Asuntolassa			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
Hoitolaitoksen/asuntolan nimi (ajanjakso, osoite, terveydenhoitajan nimi/puhelinnumero, laitoksen johtajan nimi/puhelinnumero)					
7 Vastaanottokeskuksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Vastaanottokeskuksen nimi (ajanjakso, osoite, terveydenhoitajan nimi/puhelinnumero)					
8 Harrastuspaikassa		Muissa sisätiloissa (esim. ravintola, pubi)			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
Harrastuspaikan/muun sisätilan nimi (ajanjakso, tuntia per viikko, osoite)					
9 Muu altistuminen (esim. ystävät, matkaseurue jne.) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Missä yhteydessä (ajanjakso)					
10 Matkustanut yli 8 tuntia yhtäjaksoisesti lentokoneessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Mistä - mihin, lähtöpvm, lentoyhtiö, lennon numero, istumapaikka (ilmoitetaan THL:n tartuntatautilääkärille puh. 029 524 8557)					

TARTUNNANJÄLJITYKSEN PVM JA TEKIJÄT

Tartunnanjäljityksen pvm	Tartunnanjäljityksen tehneet lääkäri ja hoitaja (nimi, ammatti, sairaala, osasto ja puhelinnumero)
--------------------------	--

Altistuneet yli 16-vuotiaat

TB-potilaan nimi	Hetu
------------------	------

Nimi	Hetu	Suhde potilaaseen (esim. perheenjäsen, työkaveri, ystävä, hoito- henkilöstö, opettaja ym.)	Osoite	Kotikunta	Puhelinnumero	Muut huomiot (mm. työterveyshuolto, jonne altistuneen seuranta on ohjattu)

Erikoissairaanhoidon hoitava yksikkö faksaa tai lähettää lomakkeet:

- 1) TB-potilaan kotikunnan tartuntataudeista vastaavalle lääkärille/hoitajalle ja
- 2) Sairaanhoidopiiriin tartuntataudeista vastaavalle lääkärille tai tartunnanjäilytyksestä vastaavaan yksikköön.