

LOMAKE 4

Epidemiologinen yksikkö

TB-potilaan nimi	Hetu	<input type="checkbox"/> Suuri tartuntariski <input type="checkbox"/> Pieni tartuntariski	
Terveyskeskuksen tai muun yksikön nimi/osoite	Puhelin	Lomakkeen täyttäjän nimi/ammatti	Puhelin

ALTISTUNEET YLI 35-VUOTIAAT

Nimi	Hetu	Alkutarkastus THX-rtg	12 kk kuluttua* THX-rtg	TB-tauti todettu	Muut huomiot
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	

* THX-rtg otetaan vain samaan perhepiiriin kuuluvilta ja riskitoimenpiteeseen osallistuneilta.

ALTISTUNEET YLI 35-VUOTIAAT

Nimi	Hetu	Aikutarkastus THX-rtg	12 kk kuluttua* THX-rtg	TB-tauti todettu	Muut huomiot
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	
		<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Norm. <input type="checkbox"/> TB-epäily, pvm: _____	<input type="checkbox"/> Kyllä, <input type="checkbox"/> Ei pvm: _____	

* THX-rtg otetaan vain samaan perhepiiriin kuuluvilta ja riskitoimenpiteeseen osallistuneilta.

Kunnan tartuntataudeista vastaava hoitaja faksaa lomakkeet seurannan loputtua:

HUS, Epidemiologinen yksikkö, faksi 09 471 75900 (HUOM! Kunnasta faksataan myös työterveyshuollon seurannassa olleiden altistuneiden lomakkeet).