

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης
Αγράφων 3-5 ΤΚ 15123 Μαρούσι

ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο:.....Ειδικότητα:.....

Μονάδα υγείας/ιδιωτικό ιατρείο:.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....Ημ/νία διενέργειας εκτίμησης:...../...../.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΚΤΙΜΑΤΑΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο:

Ηλικία (σε έτη):.....Φύλο: Α Θ Εθνικότητα:.....

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

α. Βήχας διάρκειας >3 εβδομάδων Ναι Όχι β. Πυρετός, ανεξήγητος Ναι Όχι

γ. Αιμόπτυση Ναι Όχι δ. Νυχτερινές επιδρώσεις Ναι Όχι

ε. Απώλεια Σ.Β./ανορεξία Ναι Όχι στ. Κακουχία Ναι Όχι

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ Μ. TUBERCULOSIS

α. Ιστορικό στενής επαφής με ασθενή με μεταδοτική φυματίωση Ναι Όχι

β. Γέννηση/παραμονή ≥1 μήνα σε περιοχή αυξημένης επίπτωσης φυματίωσης (περιοχή με επίπτωση φυματίωσης >20 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού βλ. WHO Global TB Report http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/) Ναι Όχι

γ. Ιστορικό διαμονής/απασχόλησης σε περιβάλλον υψηλού κινδύνου (π.χ. σωφρονιστικές εγκαταστάσεις, γηροκομεία, καταφύγια άστεγων, νοσοκομεία, άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης) Ναι Όχι

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

α. Νόσημα/θεραπευτική αγωγή που επιφέρει ανοσοκαταστολή (π.χ. HIV/AIDS, μεταμόσχευση οργάνου/μυελού οστών, κορτικοειδή σε δόση αντίστοιχη με > 15 mg prednisone/ημέρα για >1 μήνα ή ανταγωνιστής TNF-α) Ναι Όχι

β. Νόσημα/κατάσταση που αυξάνει τον κίνδυνο εξέλιξης λαθάνουσα σε ενεργό φυματίωση [σακχαρώδης διαβήτης, πυριτίαση, καρκίνος κεφαλής-τραχήλου ή πνεύμονα, αιματολογικό νόσημα ή νόσημα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (π.χ. νόσος Hodgkin's ή λευχαιμία), τελικού σταδίου ΧΝΑ, γαστρεκτομή ή εντερική παράκαμψη, χρόνια δυσασπορρόφηση, χαμηλό Σ.Β. (π.χ. Σ.Β. ≥10% μικρότερο του ιδανικού), κάπνισμα (≥1 πακέτο/ημέρα)] Ναι Όχι

γ. Παρουσία ινωδοσκληρυντικών στοιχείων σε προηγούμενη α/α θώρακος Ναι Όχι

ΠΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

α. Ιστορικό εμβολιασμού με BCG Ναι Όχι

β. Προηγούμενη δερμ/ση Mantoux Ναι Όχι Ημ/νία διενέργειας: .../...../..... Σκληρία σε mm:.....

γ. Προηγούμενη δοκιμασία IGRA Ναι Όχι Ημ/νία:/...../..... Θετική Αρνητική Αδιευκρίνιστη

δ. Προηγούμενο ιστορικό διάγνωσης φυματίωσης ή λήψης αντιφυματικής θεραπείας Ναι Όχι

Λαθάνουσα φυματίωση Ενεργός φυματίωση Εντόπιση.....Έναρξη θεραπείας(έτος).....

Διάρκεια θεραπείας(σε μήνες/έτη).....Αντιφυματικά φάρμακα.....

ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ (Ενός ή δύο βημάτων)

Δερμοαντίδραση Mantoux # 1	Δερμοαντίδραση Mantoux # 2
Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....	Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....
Ημ/νία ανάγνωσης:...../...../..... Μέγεθος σκληρίας:.....mm	Ημ/νία ανάγνωσης:...../...../..... Μέγεθος σκληρίας:.....mm

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ IGRA

Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....

Θετική

Αρνητική

Αδιευκρίνιστη

Άτομα που εμφανίζουν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα ή θετική δερμοαντίδραση Mantoux ή θετική δοκιμασία IGRA, θα πρέπει να υποβάλλονται σε περαιτέρω έλεγχο με α/α θώρακος και ενδεχομένως και άλλες εξετάσεις, κατά την κρίση του ιατρού που διενεργεί την εκτίμηση.