

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

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ M.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 υγιεινομικής περιθαλψής)	Ναι ☐ Όχι ☐

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΝΟΣΗΝ 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 λαθάνουσας 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 δυσσπορρόφηση, 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 ☐
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ 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 αντιφυμακτικής θεραπείας	Ναι ☐ Όχι ☐

Λανθάνουσα φυματίωση ☐ Ενεργός φυματίωση ☐ Εντόπιση.....Έναρξη θεραπείας(έτος).....

Διάρκεια θεραπείας(σε μήνες/έτη).....Αντιφυμακτικά 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 ☐

Ατομα 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 ενδοχομώνως και άλλες εξετάσεις, κατά την κρίση του ιατρού που διενεργεί την εκτίμηση.