

**ALOITA TARTUNNANJÄLJITYS (RASTITA OIKEA KOHTA):**

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

**POTILAAN PERUSTIEDOT (LÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ)**

<b>Potilaan nimi:</b>		<b>Henkilötunnus:</b>	
<b>Osoite:</b>		<b>Puhelinnumero</b>	
<b>Kotikunta:</b>		<b>Syntymämaa ja Suomeen muuttopäivämäärä:</b>	
<b>Kielitaito ja tulkin tarve, jos on:</b>			
<b>Ammatti/opiskelija/muu tausta:</b>			
<b>Taustasairaudet:</b>			
<b>Raskaus:</b>			
<input type="checkbox"/> Kyllä, laskettu päivämäärä: ____ . ____ . ____		<input type="checkbox"/> Ei	
<b>Alkoholin käyttö:</b>			
<input type="checkbox"/> Ei koskaan		<input type="checkbox"/> Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	<input type="checkbox"/> Noin kerran kuukaudessa
<input type="checkbox"/> Noin kerran viikossa		<input type="checkbox"/> Päivittäin tai lähes päivittäin	
<b>Vesipiipun käyttö:</b>			
<input type="checkbox"/> Kyllä		<input type="checkbox"/> Ei	
<b>Huumeiden käyttö:</b>			
<input type="checkbox"/> Kyllä		<input type="checkbox"/> Ei	Jos vastasit kyllä, suonensisäisesti:
		<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
		Kannabis:	
		<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei

**POTILAAN SAIRASTUMISTIEDOT (LÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ)**

<b>Aiemmin sairastettu TB</b>	
Missä elimessä:	Mikä vuosi: <input type="checkbox"/> Ei
<b>Potilaalla on nyt:</b>	
<input type="checkbox"/> Keuhkotuberkuloosi <input type="checkbox"/> Muu tuberkuloosi, mikä:	
<b>Diagnostinen näyte:</b>	
<input type="checkbox"/> Yskös <input type="checkbox"/> Bronkoskopia (bronkuslima/BAL)	
<b>Näytteen TB-värijäys:</b>	
Ottopäivämäärä ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen
<b>Näytteen TB-viljely</b>	
Ottopäivämäärä ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Ei valmis
<b>Näytteen TBNhO:</b>	
Ottopäivämäärä ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Ei otettu
<b>Alustavan lääkeherkkyyden mukaan rifampisiinille herkkä:</b>	
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei tietoa	<b>Keuhkojen röntgenkuvassa ontelo (kaveri):</b>
	<input type="checkbox"/> Kyllä, päivämäärä: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Ei
<b>TB-lääkityksen aloituspäivämäärä:</b> ____ . ____ . ____	

**TARTUTTAVUUSAIKA (LÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ)**

<b>Jos yskää, kirjaa</b>
Arvioitu tartuttavuusaika: ____ . ____ . ____ - ____ . ____ . ____ (yskän alkamisesta TB-lääkityksen aloitukseen) (HUOM! Mikäli kaveri, tartuttavuusaika on minimissään ainakin TB-lääkityksen alkamispvm:stä 3 kk takautuvasti)
<b>Jos yskää ei ole, kirjaa</b>
Suuri tartuntariski: TB-lääkityksen aloituksesta 3 kk takautuvasti: ____ . ____ . ____ - ____ . ____ . ____
Pieni tartuntariski: TB-lääkityksen aloituksesta 1 kk takautuvasti: ____ . ____ . ____ - ____ . ____ . ____

**TUBERKULOOSIALTISTAMISEN PAIKAT (HOITAJA TÄYTTÄÄ SIVUT 2-4 JOKAISEN KOHDAN MAHDOLLISIMMAN TARKASTI)**

Kts. altistusajat THL:n ohjeesta "[Tartunnanjäljityksen kulku](#)". HUOM! **Pienen tartuntariskin** potilaalta kartoitetaan vain samassa perhepiirissä asuvat (mukaan lukien altistuneet isovanhemmat), riskitoimenpiteeseen osallistuneet ja alle 7-vuotiaat kumulatiivisesti yli 40 h altistuneet. **Täytähän kaikki kohdat eli laita ruksi myös kohtiin "Ei"**, vaikka em. kriteerien mukaista altistumista ei olisi tapahtunut.

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

**TARTUTTAVUUSAIKA (LÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ)**

Tartunnanjäljityksen päivämäärä: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Tartunnanjäljityksen tehneet lääkäri ja hoitaja** (nimi, ammatti, sairaala, osasto ja puh):

**ALTISTUNEET ALLE 16-VUOTIAAT**

TB-potilaan nimi:	Henkilötunnus
-------------------	---------------

**Alle 7-vuotiaat**

Nimi	Henkilötunnus	Suhde potilaaseen	Osoite	Kotikunta	Vanhemman/hooltajan nimi ja puhelinnumero	BCG-rokotus	Lastentautien pkl, jonne lähetetty Erikoissairaanhoido lähettä
						<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Soitettu <input type="checkbox"/> Faxattu
						<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Soitettu <input type="checkbox"/> Faxattu
						<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Soitettu <input type="checkbox"/> Faxattu
						<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Soitettu <input type="checkbox"/> Faxattu
						<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Soitettu <input type="checkbox"/> Faxattu
						<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Soitettu <input type="checkbox"/> Faxattu
						<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Soitettu <input type="checkbox"/> Faxattu

**7-16-vuotiaat**

Nimi	Henkilötunnus	Suhde potilaaseen	Osoite	Kotikunta	Vanhemman/hooltajan nimi ja puhelinnumero

