

Kirje ja kyselylomake tuberkuloosille altistuneelle

Arvoisa vastaanottaja,

Saamamme tiedon mukaan olet voinut altistua tuberkuloosille. Ole yhteydessä hyvinvointialueesi terveydenhuollon toimintayksikköön haastattelua varten (ks. alla yhteystiedot). **Täytä sitä ennen oheinen kyselylomake.** Haastattelun jälkeen sinut ohjataan tarpeellisiin tutkimuksiin.

Jos sinulla kuitenkin jo nyt on tuberkuloosiin viittaavia oireita (yli 3 viikkoa jatkunut pitkittynyt yskä, veriyskä, yskökset, kuumeilu, väsymys, yöhikoilu tai laihtuminen) tai elimistön puolustuskykyä heikentävä sairaus tai lääkitys (ks. oheinen kyselylomake), ole yhteydessä mahdollisimman pikaisesti tämän kirjeen lähettäneeseen yksikköön

Tuberkuloosi tarttuu hengitysilman välityksellä, mutta vain kolmasosa altistuneista saa tartunnan. Näistäkin vain pieni osa sairastuu tuberkuloosiin myöhemmin elämänsä aikana. Suurin tartuntariski on samassa taloudessa asuvilla. Tartuntavaarassa voivat olla myös muut toistuvasti sairastuneen kanssa tekemisissä olleet henkilöt. Sairastumisriskiin vaikuttavat esimerkiksi elimistön puolustuskyky ja ikä. Alle 5-vuotiaat, teini-ikäiset ja nuoret aikuiset ovat suurimmassa riskissä sairastua.

Tuberkuloosia sairastavan henkilön tartunnan jäljitys tehdään tartuntatautilain perusteella ja kaikkia tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimukset terveysasemalla ovat sinulle maksuttomia.

Päivämäärä ____ / ____ / _____

Yhteistyöterveisin (yhteydenotto seuraavaan puhelinnumeroon ja yksikköön):

Kyselylomake tuberkuloosille altistuneelle

Perustiedot

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____ - _____

Osoite: _____

Puh: _____ Kielitaito, jos muu kuin suomi/ruotsi: _____

Mahdollisen yhteyshenkilön nimi ja puh: _____

Syntymämaa: _____ Jos muu kuin Suomi, Suomeen muuttopvm: ____ / ____ / _____

Ammatti/opiskelija ja työ/opiskelupaikka: _____

Päihderiippuvaisuus: Alkoholi Huumeet , mitkä: _____

Raskaana: Kyllä Ei

Laskettu aika: ____ / ____ / _____

Yleiset sairaustiedot

Onko sinulla jokin näistä sairauksista tai lääkityksistä:

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Dialyysihoitoa vaativa krooninen munuaisten vajaatoiminta | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Elinsiirto, tai kantasolusiirto
Mikä, milloin: _____ | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Hiv ja lääkehoidon aloitusajankohta: _____ | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Parhaillaan käytössä oleva solunsalpaajalääkitys (esim. syöpä, reuma)
Mikä sairaus ja lääkitys: _____ | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Jokin sairaus, johon käytät TNF-salpaajalääkitystä tai muuta biologista lääkitystä
Mikä sairaus ja lääkitys: _____ | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Jokin sairaus, johon käytät kortisonitablettilääkitystä (yli 20 mg/vrk)
Mikä sairaus: _____ | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Silikoosi eli kivipölykeuhkosairaus | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |

Tuberkuloosin oireet

Onko sinulla ollut alla olevia oireita viimeisen 3 kuukauden aikana:

- | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Yskää yli 3 viikon ajan | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Yskösten nousua | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Veriyskää | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Rasitushengenahdistusta | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Poikkeavaa väsymystä | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Ruokahaluttomuutta | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Poikkeavaa laihtumista | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Yöhikoilua | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Selittämätöntä lämpöilyä tai kuumeilua | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| Muita oireita, mitä: _____ | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |

Oletteko aiemmin sairastanut tuberkuloosin:

Milloin: _____ Missä elimessä: _____

Millä lääkkeillä hoidettiin: _____

Kyllä Ei

Oletko aiemmin altistunut tuberkuloosille:

Milloin: _____ Missä: _____

Kyllä Ei

Pvm: ____ / ____ / _____ Vastaajan allekirjoitus: _____