

# ဤမှတ်တမ်းကို သင်နှင့်အတူ ယူဆောင်သွားရမည်

- \* ဤမှတ်တမ်းပါအချက်အလက်များကို အမြဲအပ်ဒိတ်ဖြစ်အောင်လုပ်ထားပါ။ ၎င်းသည် သင့် တီဘီ (တီဘီရောဂါ) အခြေအနေအတွက် အမြဲတမ်းအသုံးပြုရမည့် မှတ်တမ်းဖြစ်ပါသည်။
- \* သင့်တွင် တာရှည်ချောင်းဆိုးခြင်း၊ အားနည်းခြင်း၊ မောပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ အဖျားတက်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျသွားခြင်း သို့မဟုတ် ချောင်းဆိုးသွေးပါခြင်း ကဲ့သို့သော လက်ရှိ၌ တီဘီရောဂါဖြစ်ပွားနေသည့် လက္ခဏာများရှိပါက **သင့်ရောဂါ ကုသမားတော် သို့မဟုတ် အစိုးရကျန်းမာရေးသူနာပြုနှင့်အတူ စစ်ဆေးအဖြေရှာပါ။**
- \* သင့်ကျန်းမာရေး ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူထံသို့ လာရောက်ပြသသည့်အခါ **ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှုများအားလုံးကို အပ်ဒိတ်ဖြစ်နေအောင် ထိုးနှံထားကြောင်း သေချာပါစေ။**

Local or Tribal health department (ဒေသန္တရ သို့မဟုတ် လူမျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးဌာန) (LTHD) ၏ အမည်-

ဖုန်းနံပါတ်- \_\_\_\_\_

ပြည်နယ်ဥပဒေအရ တီဘီရောဂါဖြစ်ပွားနေကြောင်း အတည်ပြုပြီးသားနှင့် သံသယဖြစ်စရာ ဖြစ်စဉ်များအားလုံးကို LTHD နှင့် Wisconsin TB Program (ဝစ်စကွန်ဆင် တီဘီ ပရိုဂရမ်) သို့ တင်ပြရန် လိုအပ်သည်။ ဤအိတ်ဆောင်ကတ်ပြားသည် ဆန်းစစ်လေ့လာမှုမှတ်တမ်းများကို ထိန်းသိမ်းရန် လိုအပ်သူများဖြစ်သည့် တီဘီရောဂါပိုးနှင့် Latent TB infection (ငုပ်လျှိုး တီဘီရောဂါပိုးကူးစက်မှု) (LTBI) ရှိမရှိ စစ်ဆေးခံထားရသူများအတွက်ဖြစ်ပါသည်။

**ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်**

608-261-6319

DHSWITBProgram@dhs.wisconsin.gov

P-03429BU (04/2023)



## Wisconsin တီဘီရောဂါ မှတ်တမ်း (Wisconsin Tuberculosis Record)



အမည်- \_\_\_\_\_

မွေးသက္ကရာဇ်- \_\_\_\_\_

တီဘီရောဂါပိုးအခြေအနေ- \_\_\_\_\_ လက်ရှိဖြစ်ပွားနေ  
\_\_\_\_\_ ကူးစက်ခံထားရ \_\_\_\_\_ ကူးစက်ခံထားရခြင်းမရှိ  
တီဘီရောဂါပိုးအခြေအနေကို အတည်ပြုထားသည့် ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

IGRA စစ်ဆေးချက်ရလဒ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

QFT  Tspot

TST #1 စစ်ဆေးချက်ရလဒ်- \_\_\_\_\_ mm စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ချိန်-

ပေါ့စတစ်  နဂ္ဂတစ်

ပြုလုပ်သည့်ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_ ဖတ်ရှုသည့်ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

TST #2 စစ်ဆေးချက်ရလဒ်- \_\_\_\_\_ mm စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ချိန်-

ပေါ့စတစ်  နဂ္ဂတစ်

ပြုလုပ်သည့်ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_ ဖတ်ရှုသည့်ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

ရင်ဘတ်ပိုင်း X-ray ဓာတ်မှန်ရိုက်ကူးမှု ပြုလုပ်သည့် တည်နေရာနှင့် ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

စစ်ဆေးချက်ရလဒ်များ- \_\_\_\_\_

ကုသမှု

ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်- \_\_\_\_\_ 3HP \_\_\_\_\_ 4R \_\_\_\_\_ 6-9INH \_\_\_\_\_ 3HR

\_\_\_\_\_ 6-9 RIPE အခြား- \_\_\_\_\_

စတင်သည့်ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_ ပြီးစီးသည့်ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

ဆေးစာရေးသူ- \_\_\_\_\_

နောက်ထပ်အချက်အလက်များသိရှိနိုင်ရန်အတွက် အစိုးရကျန်းမာရေး  
သူနာပြု၏ အမည်နှင့် လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

အစိုးရကျန်းမာရေးသူနာပြု၏ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_

မှတ်ချက်များ- \_\_\_\_\_