

Носите эту запись с собой

- * **Держите эту запись актуальной.** Это будет служить постоянной записью вашего статуса ТВ (туберкулеза).
- * **Обратитесь к своему врачу или медсестре** если у вас есть какие-либо признаки активного туберкулеза, такие как длительный кашель, слабость, усталость, лихорадка, потеря веса или выделение крови.
- * **Убедитесь, что все прививки актуальны** при посещении своего медицинского учреждения.

Название local or Tribal health department (местный или племенной отдел здравоохранения) (LTHD):

Номер телефона: _____

Закон штата требует сообщать обо всех подтвержденных и подозреваемых случаях туберкулеза в LTHD и туберкулёзную Программу штата Wisconsin. Эта карта для кошелька предназначена для тех, кто проходит обследование на туберкулез и Latent TB Infection (Латентная туберкулезная инфекция) (LTBI), кому нужно хранить записи об обследовании.

Контактная информация

608-261-6319

DHSWITBProgram@dhs.wisconsin.gov

P-03429R (04/2023)



Wisconsin Запись о туберкулезе (Wisconsin Tuberculosis Record)



Имя: _____

Дата рождения: _____

TB статус: _____ Активный _____ Инфицированный
_____ Неинфицированный

Дата установления статуса TB: _____

IGRA результат: _____ Дата: _____

QFT Tspot

TST #1 результат: _____ mm

Затвердение: Позитивный Негативный

Дата проведения: _____ Дата прочтения: _____

TST #2 результат: _____ mm

Затвердение: Позитивный Негативный

Дата проведения: _____ Дата прочтения: _____

Место и дата рентгенограммы грудной клетки: _____

Результаты: _____

Лечение

Режим: _____ ЗНР _____ 4R _____ 6–9INH _____ ЗНР

_____ 6–9 RIPE Другое: _____

Дата начала: _____ Дата завершения: _____

Кем назначено: _____

Фамилия и адрес медсестры для получения дополнительной информации: _____

Подпись медсестры: _____

Комментарии: _____

