



Comprehensive Community Health Centers

Չափահաս անձանց պալարախտով/տուբերկուլյոզով վարակվելու ռիսկի գնահատման գործիք

Անուն՝ _____

Այսօրվա ամսաթիվ՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվ՝ _____

Բժշկական արձանագրություն. #: _____

ՀԱՐՑԵՐ	ԱՅՈ	ՈՉ
Արդյո՞ք եղել եք սերտ/երկար կապի մեջ պալարախտով հիվանդ որևէ մեկի հետ:		
Արդյո՞ք Դուք ծնվել եք Միացյալ Նահանգների սահմաններից դուրս և/կամ վերջերս ճանապարհորդել եք Միացյալ Նահանգների սահմաններից դուրս:		
Արդյո՞ք կատարել եք կրծքավանդակի ռենտգենային հետազոտություն, որի արդյունքները ցույց են տվել ոչ ակտիվ կամ անցած պալարախտային վարակ:		
Արդյո՞ք Դուք ունեք ՄԻԱՎ կամ իմունային համակարգի անկման որևէ այլ վիճակ:		
Արդյո՞ք Դուք օգտագործում եք որևէ դեղորայք, որը կարող է մեծացնել Ձեր վարակվելու ռիսկը (օրինակ՝ Պրեդնիզոն կամ այլ իմունային անկման դեղամիջոցներ):		
Արդյո՞ք Դուք ներարկային թմրամիջոց օգտագործող եք:		
Արդյո՞ք Դուք ապրում կամ աշխատում եք բարձր ռիսկային միջավայրում (օրինակ՝ բանտում, երկարաժամկետ խնամքի վայրում, հիվանդանոցում, անօթևանների ապաստանում):		
Դուք երբևէ մարմնի որևէ մասի փոխպատվաստման ենթարկվել է՞ք:		
Դուք ունե՞ք հետևյալ ախտանշաններից որևէ մեկը. 3 շաբաթից երկար տևող հազ, արյունոտ հազ, ախորժակի մշտական կորուստ, քաշի անհասկանալի կորուստ, գիշերային քրտնարտադրություն, անբացատրելի ջերմություն/դող, թուլություն կամ կարճ ժամանակում հոգնածություն, կրծքավանդակի ցավ/ հնոց:		
Արդյո՞ք ունեք հետևյալ բժշկական վիճակներից որևէ մեկը . շաքարային դիաբետ, սիլիկոզ, գլխի կամ պարանոցի քաղցկեղ, Հոջկինի հիվանդություն, լեյկոզ, վերջին փուլի երիկամային հիվանդություն, աղիքային շունտավորում կամ գաստրոստոմիա. քրոնիկ ներծծման խանգարման համախտանիշ, մարմնի ցածր քաշ (տվյալ բնակչության իդեալական քաշից 10% կամ ավելի ցածր):		

ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻ ՆՇՈՒՄՆԵՐԸ՝ ՄԻԱՅՆ ԱՅՍ ՏՈՂԻՑ ՆԵՐՔԵՎ

Չննվել է տրամադրողի կողմից. _____

Ընդհանուր կանոններ. Ցանկացած «այո» պատասխան ցույց է տալիս պալարախտով/տուբերկուլյոզով վարակվելու ռիսկ, և մաշկի կամ ինտերֆերոն ճառագայթային թեստ պետք է կատարվի առողջական յուրաքանչյուր պարբերական (ամենամյա ֆիզիկական) քննության ժամանակ, այնքան ժամանակ, մինչև որ հետևյալներից որևէ մեկը չհայտնաբերվի.

1. Հիվանդն ունի նախկինում գրանցված մաշկի դրական թեստ տուբերկուլյոզի նկատմամբ, կամ դիագրամում գրանցված դրական ինտերֆերոն ճառագայթային թեստ:
2. Հիվանդը նախորդ տարվա ընթացքում մաշկի կամ ինտերֆերոն ճառագայթային թեստ է հանձնել մեկ այլ հաստատությունում: Ձեռք բերել արձանագրությունները և ձեռք բերել արձանագրություններն այն հաստատությունից, որը կատարել է մաշկի թեստը/ինտերֆերոն ճառագայթային թեստ:

Նշում. Եթե հիվանդը նախկինում ԲՅԺ պատվաստում է ունեցել, անցկացրեք ինտերֆերոն ճառագայթային թեստ: