

Ergänzungsmeldung der Gesundheitsreferate Tuberkulose

Personalien:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Name:

Vorname:

Bundesland:

Nationalität:

Adresse:

PLZ/Ort:

Beruf:

beschäftigt bei:

Bei Nicht-Österreichern: seit wann in Österreich:

Asylwerber

Flüchtling

Gastarbeiter

Andere:

aktive Fallsuche

Umgebungsuntersuchung

Familie Beruf Schule

Anderes: _____

Reihenuntersuchung (Screening)

passive Fallsuche

Symptomatischer Patient

Tod an vorher unbekannter TB

Zufallsbefund

anderer Grund: _____

Erstbehandlung

Datum der Diagnose: _____

Neuerliche Behandlung

Datum der Erstdiagnose: _____

Meldedatum: _____

Begleiterkrankung(en):

Diabetes

Immunsuppression

Magenresektion

unbekannt

Immundefekt

chron. Alkoholismus

Malignom

sonstiges: _____

Hauptsächlich befallenes Organ

Lunge

Pleura

lymphatisch (intrathorakal)

lymphatisch (extrathorakal)

Wirbelsäule

andere Knochen-Gelenke

ZNS, Meningen

ZNS, andere Lokalisation

Urogenitalsystem

Disseminierte TB

Gastrointestinal

sonstiges _____

unbekannt

Zusätzlich befallenes Organ

Lunge

Pleura

lymphatisch (intrathorakal)

lymphatisch (extrathorakal)

Wirbelsäule

andere Knochen-Gelenke

ZNS, Meningen

ZNS, andere Lokalisation

Urogenitalsystem

Disseminierte TB

Gastrointestinal

sonstiges _____

unbekannt

Zutreffendes bitte ankreuzen

Blatt 1

(bitte wenden)

Labor (bitte nur ausfüllen, wenn durchgeführt)

Mikroskopie:	positiv	negativ
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perthorakale Punktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchialsekret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheterbiopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kultur:	positiv	negativ
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perthorakale Punktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchialsekret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheterbiopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Histologie/Zytologie:		
Bürste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perthorakale Punktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PCR:

Tuberkulintest durchgeführt: ja nein
Ergebnis positiv negativ

Initiale Therapie

INH Rifampicin Pyrazinamid Amikacin Ofloxacin
 Ethambutol Streptomycin Sonstiges: _____

Der Arzt: _____ Unterschrift: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen