



Tuberkulos screening av gravida, remiss/lathund

TB gruppen Region Örebro län

Avsändare	Person-ID
Datum	LMA

Ankomst Sverige/...../..... från Tolkspråk
År mån dag

Graviditetsvecka då remissen skrivs

Beräknad partus:

Komplikationer Nej Ja:

Hotande förtidsbörd

Annat

Annan sjukdom Nej Ja:

HbsAg

Hiv

Symptom Nej Ja

Allmänpåverkan

Hosta

Viktnedgång

Natliga svettningar

Feber

Övrigt

Akut lung-röntgen och kontakt med infektionskliniken om symptom tydande på aktiv TB

Orsak till screening:

Känd närbkontakt – Hur och ungefär när?

Asylsökande/migrant/ursprung från land med hög TB- incidens (>100 fall/100 000 invånare och år)

Känd/misstänkt tidigare exponering för TB eller annan riskmiljö för TB. När Hur

Tidigare anamnes talande för TB

Quantiferon (IGRA):/...../...../
År mån dag

tb-ag 1.....IU/mL

tb-ag 2.....IU/mL

Remiss lungrtg skickad:/...../.....
År mån dag

Tidigare screenad

Nej Ja – Om möjligt: När? Resultat? Var?