

تقرير وزارة الصحة في فيرجينيا عن فحص السل

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ التاريخ _____

إلى من يهمه الأمر: تم تقييم الفرد أعلاه بواسطة: _____
(يرجى طباعة اسم قسم الصحة أو المؤسسة أو الطبيب)

فحص السل واستنتاجات الاختبار أو أيهما

1. لم يتم تحديد أي أعراض أو مخاطر أخرى في تقييم مخاطر السل

لا يُشار في الوقت الحالي إلى اختبار السل عن طريق الجلد (TST) أو اختبار الدم (إطلاق إنترفرون جاما IGRA) بسبب عدم وجود أعراض توجي
بمرض السل النشط ، أو عدم تحديد عوامل خطر للعدوى أو الإصابة بالسل النشط في حال الإصابة بالعدوى، وعدم وجود اتصال معروف
حديثاً بمريض بالسل النشط .
سبق للفرد الإصابة بعدوى السل سابقاً. لا يُشار إلى المتابعة بتصوير الصدر بالأشعة السينية في هذا الوقت بسبب عدم وجود أعراض توجي بمرض
السل النشط.

إذا لم ينطبق أي منهما، انتقل إلى القسم الثاني (II).
إذا كنت في بيئة رعاية صحية تتطلب اختباراً لعدوى السل ولكن لا توجد أعراض ، فانقل إلى القسم الثالث (III).
إذا انطبقت إحدى هاتين العبارتين، فاخر العبارة المناسبة وانتقل إلى القسم الخامس (V) واخر العبارة "أ".

II. تظهر أعراض متوافقة مع مرض السل المحتمل

اتصل بإدارة الصحة المحلية لإحالة الشخص لإجراء مزيد من التقييم لمرض السل على الفور. هذا الإخطار ضروري حتى عندما يفضل الفرد
متابعة التقييم على نحو خاص. انتقل إلى القسم الخامس (V) واخر العبارة "ب".
إذا لم تكن هناك أعراض تتفق مع مرض السل، فانقل إلى القسم الثالث (III).

III. اختبار عدوى السل - اختر اختبار السل عن طريق الجلد (TST) أو اختبار الدم (إطلاق إنترفرون جاما IGRA)

اختبار السل عن طريق الجلد (TST): (سجل كلا الاختبارين إذا كان اختبار السل من خطوتين مطلوباً)	
تاريخ الإعطاء: _____ تاريخ القراءة: _____ النتائج: _____ مم	التفسير: <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> إيجابي
تاريخ الإعطاء: _____ تاريخ القراءة: _____ النتائج: _____ مم	التفسير: <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> إيجابي

اختبار إطلاق إنترفرون جاما (IGRA) (اختبار دم عدوى السل):	
تاريخ السحب: _____ تم الاختبار: <input type="checkbox"/> بقعة تي (T-Spot) للسل: <input type="checkbox"/> اختبار كوانتيفيرون الذهبي لتحديد السل كمياً	نتيجة اختبار <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> غير محدد <input type="checkbox"/> حدود قيمة <input type="checkbox"/> غير صالح

إذا كانت نتيجة الاختبار أعلاه سلبية، فانقل إلى القسم الخامس (V) واخر العبارة "أ". إذا كانت نتيجة أي اختبار لعدوى السل إيجابية، فانقل إلى القسم الرابع (IV)،

تاريخ تصوير الصدر بالأشعة السينية: _____ موقع تصوير الصدر بالأشعة السينية: _____
التفسير:
<input type="checkbox"/> لا يوجد مؤشر على مرض السل النشط
<input type="checkbox"/> الأشعة السينية على الصدر غير طبيعية، استبعاد السل النشط

IV. تصوير الصدر بالأشعة السينية لتقييم مرض السل المحتمل

V. استنتاج فحص / اختبار السل

A. بناءً على فحص السل و المزيد من الاختبارات أو أيهما، فإن الفرد المذكور أعلاه يُعد خالياً من مرض السل في صورته المعدية.
B. لا يمكن استبعاد مرض السل النشط لدى الفرد المذكور أعلاه. تمت إحالة الفرد إلى الطبيب وإدارة الصحة المحلية لمزيد من التقييم.

التوقيع _____ التاريخ _____ الهاتف _____

(طبيب ذو سلطة إرشادية أو مسؤول قسم الصحة)

العنوان _____