تقييم مخاطر مرض السل (TB) في فرجينيا

للاستخدام في الأفراد الذين عمرهم 6 سنوات فما فوق

الفحص الأول لأعراض السل: ☐ لا يوجد (إذا لم توجد أعراض السل ← واصل مع هذه الأداة)

☐ السعال ☐ سعال مع بصق الدم ☐ حمى ☐ فقدان الوزن ☐ فقدان الشهية ☐ أعراض تعرق ليلي ☐ الإرهاق إذا وجدت اعراض السل (TB) ← يجب تقييم حالة مرض السل النشط

استخدم هذه الأداة لتحديد الأفراد الذين لا تظهر عليهم أعراض من عمر 6 سنوات فما فوق لاختبار عدوى السل الكامن (LTBI)

- يجب إجراء إعادة الاختبار فقط على الأشخاص الذين سبق اختبارهم وكانت النتيجة سلبية وطرأت عليهم عوامل خطر جديدة منذ التقييم الأخير
- اختبار السل السلبي للجلد (TST) أو اختبار إطلاق إنترفيرون جاما (IGRA) لا يحددان عدم الإصابة بمرض السل النشط

ضع علامة على مربعات عوامل الخطر المناسبة أدناه.

يوصى بإجراء اختبار عدوى السل إذا اخترت أي من المخاطر أدناه.

إذا كانت نتيجة اختبار عدوى السل إيجابية وتم استبعاد مرض السل النشط، يوصى بعلاج عدوى السل.

☐ الولادة أو السفر أو الإقامة في دولة ذات معدل مرتفع لمرض السل ≤ 3 أشهر

- تشمل دولاً أخرى غير الولايات المتحدة أو كندا أو أستراليا أو نيوزيلندا أو دول أوروبا الغربية والشمالية
- يفضل استخدام اختبار إطلاق أشعة إنترفيرون جاما (IGRA) على اختبار السل للجلد (TST) للأشخاص غير المولودين في الولايات المتحدة ممن هم بعمر سنتين أو أكثر
- قد يتخذ الأطباء قرارات فردية بناءً على المعلومات المقدمة أثناء التقييم. الأفراد الذين سافروا إلى البلدان الموبوءة بالسل لغرض السياحة الطبية أو الصحية لمدة أقل من 3 أشهر يمكن إجراء مزيد من الفحوصات لهم على أساس المخاطر المقدرة أثناء التقييم.

☐ الظروف الطبية تزيد من خطر تطور مرض السل

دليل عبر التصوير الإشعاعي على مرض السل الذي تم الشفاء منه مسبقاً، انخفاض وزن الجسم (10٪ أقل من المستوى المثالي)، السحار السيليسي، داء السكري ، الفشل الكلوي المزمن أو الغسيل الكلوى، استئصال المعدة، تجاوز صائمي لفائفي، زرع الأعضاء الصلبة، سرطان الرأس والعنق

☐ تثبيطت المناعة، الحالي أو المخطط

عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة، تعاطي المخدرات بالحقن، متلقي زرع الأعضاء، والعلاج بمضادات عامل نخر الورم ألفا (TNF) (على سبيل المثال ، إنفليكسيماب ، إيتانيرسيبت ، وغيرهما) ، والمنشطات (ما يعادل بريدنيزون ≤ 15 مغ / يوم لمدة ≤ شهر واحد) أو أدوية أخرى مثبطة للمناعة

☐ اتصال عن قرب مع شخص مصاب بمرض السل المعدي في أي وقت

☐ لا يوجد؛ لم يُشار إلى اختبار السل في هذا الوقت

اسم المريض _____ اسم مقدم الخدمة _____

تاريخ الميلاد _____ تاريخ التقييم _____

مأخوذ عن تقييم مخاطر السل في كاليفورنيا (www.ctca.org) وتقييم مخاطر السل في كولورادو VDH TB 02/2019 (www.colorado.gov)