

## Tuberkulos handläggning av flyktingar/migranter, remiss/lathund

Person-ID _____	Avsändare _____
Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/>	
LMA nr _____	Datum _____

### Ankomst Sverige

Datum \_\_\_\_\_ från \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tolkspråk \_\_\_\_\_

### Risk för TB exposition

Närkontakt  Flyktingläger  Fängelse,  Övrigt: \_\_\_\_\_

### Symptom

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nej            | <input type="checkbox"/> Feber                |
| <input type="checkbox"/> Allmänpåverkan | <input type="checkbox"/> Hosta                |
| <input type="checkbox"/> Viktnedgång    | <input type="checkbox"/> Nattliga svettningar |
| <input type="checkbox"/> Lymfadenit     | <input type="checkbox"/> Övrigt               |

Annan sjukdom  Nej  Ja

Gravid  Nej  Ja Beräknad partus: \_\_\_\_\_

### Tidigare sjukhistoria förenlig med TB:

- Nej  Lymfadenit  
 Lunga  
 Övrigt

IGRA	datum _____	tb ag1 _____ IU/ml	tb ag2 _____ IU/ml
TST	datum _____	_____ mm	
Lungrtg	datum _____	<input type="checkbox"/> u.a. <input type="checkbox"/> Ej u.a	(bifoga gärna kopia av rtg-svar)
HBsAg	_____	Hiv _____	
<b>Vuxna:</b>	SR _____	mm _____	
Småbarn i hushållet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Barn:</b>	BCG-ärr: _____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

IGRA/TST-reaktioner och ev. lungrtg hos övriga familjemedlemmar, notera om de är remitterade till specialist .....