

结核检测呈阳性的结核风险评估

第一部分：在接触结核病传染源后结核检测结果呈阳性、诊断出潜伏结核感染或结核病的医护人员需填写，且每年填写一次。

员工姓名：_____ 员工 ID 号：_____

上一次结核检测日期：_____ 类型：_ QFT; _ T-Spot; _ PPD; 结果：_ 阳性; _ 阴性

上一次胸部 X 光检查日期：_____ 结果：_ 阳性; _ 阴性

1. 自上一次评估后，您是否被诊断出患有结核病（活性结核病）？
 否 是
2. 您是否被诊断出潜伏结核感染 (LTBI)？
 否 是
3. 您是否因潜伏结核感染或结核病接受过结核病药物治疗？
 否 是，请列出药物、治疗日期及疗程是否结束
结核病药物 1: _____ 日期: _____ 结束: 是 否
结核病药物 2: _____ 日期: _____ 结束: 是 否
结核病药物 3: _____ 日期: _____ 结束: 是 否
4. 您是否因器官移植、HIV 感染、糖尿病控制不佳、免疫抑制药物治疗（例如 TNF- α 拮抗剂（英夫利昔单抗、依那西普）、使用慢性类固醇（强的松 > 15 mg/天，持续 > 1 个月））等造成免疫系统功能低下？
 否 是，其中一项或多项与本人情况相符
5. 自上一次评估后，您是否出现可能属于结核病的下列任何症状？
 - a. 咳嗽达 3 周或以上 否 是
 - b. 咳血 否 是
 - c. 持续呼吸急促 否 是
 - d. 不明原因的发烧、发冷或盗汗 否 是
 - e. 不明原因的体重减轻 否 是
 - f. 无故疲倦及虚弱达 3 周或以上 否 是
 - g. 不明原因的胸痛 否 是

如果是，请说明：

如果您回答“是”，且正出现上述任何症状，请提交此评估表，并立即通知员工健康部 (Employee Health) 以及您的医疗服务提供者。如果不清楚如何与员工健康部联系，请咨询您的主管。

重要须知：如果您未出现活性结核病症状，但结核病皮肤或血液测试的阳性结果表明接触过结核病传染源以及潜伏结核感染 (LTBI)。建议您接受治疗，以降低后续发展成活性结核病的风险。请访问员工健康部网站或根据主管要求阅读“富康醫療(VNS Health) 结核病感染”。

请勾选下列方框，完成年度结核风险评估：

- 本人证明，如果本人出现咳嗽超过 3 周、不明原因的发烧或疲劳超过 3 周、痰中带血、盗汗或不明原因的体重减轻等症状，本人将立即通知初级保健提供者和主管/员工健康部。
- 本人证明，本人已收到上述信息，并了解建议的潜伏结核感染治疗且可供本人使用：
 - 本人此前曾于 _____ 完成治疗
 - 本人拒绝接受此时建议的潜伏结核感染治疗。
 - 本人将与自己的提供者或 Tuberculosis Chest Center 联系，以要求接受治疗

员工签名： _____

日期： _____

第二部分：由员工健康部护士审查第一部分后填写。

1. 医护人员 (HCP) 是否出现活性结核病症状？
 - 未出现活性结核病症状
 - 是，医护人员已确认症状，并正在等待医学评估和检查。
说明： _____
2. 医护人员是否出现潜伏结核感染（结核检测结果呈阳性 *且* 胸部 X 光检查呈阴性）？
 - 否，请说明： _____
 - 是，请选择所有适用项
 - 已完成 LTBI 治疗（验证问题 3 的回答）
 - 建议接受 LTBI 治疗，已讨论风险/益处。
 - 医护人员拒绝/推迟 LTBI 治疗。
 - 医护人员同意 LTBI 治疗。已讨论医疗评估和治疗方案。
 - 其他：

其他说明：

员工健康部注册护士 (RN) 签名： _____

日期： _____