

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Zeitlicher Verlauf bis zur Stellung der Diagnose

Erste(s) Symptom(e) war(en): _____ im Monat / Jahr _____

Husten begann im Monat / Jahr: _____ Gewichtsabnahme von _____ in _____ Wochen

Erste Arztkonsultation im Monat / Jahr _____ bei Dr. _____

Diagnosestellung am _____

Anlass der Diagnose: Abklärung tuberkulosebedingter Symptome
 Sonstiger: _____

Kommentar: _____

Befunde

Röntgenaufnahme der Lunge / CT am: _____ Kaverne ja nein

Befund: _____

Bronchoskopie am: _____ Befund: _____

Histologie (_____ -Gewebe) vom _____ Befund: _____

THT vom _____: Durchmesser _____ mm; **IGRA** vom _____ pos. neg.

Weitere Befunde: _____

Kommentar: _____

Mikrobiologische Befunde

Datum der Materialgewinnung	Bakteriologisch untersuchtes Material oder in der Pathologie untersuchtes Material	Untersuchendes Labor	Mikroskopischer Nachweis von säurefesten Stäbchen im Direktpräparat	PCR-Nachweis von M. tuberculosis-Komplex	Kultureller Nachweis von M. tuberculosis / bovis / africanum
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Organbeteiligung:

Einleitung der medikamentösen Behandlung am: _____ Körpergewicht: _____ kg

Isoniazid tgl. Dosis: _____ Rifampicin tgl. Dosis: _____ Pyrazinamid tgl. Dosis: _____

Ethambutol tgl. Dosis: _____ _____] _____