

FORMULIR INVESTIGASI KONTAK TUBERKULOSIS

Nama Kader/Petugas Kesehatan :
 Nama Indeks : (L / P)
 Tanggal Lahir / Usia Indeks :
 No. Register TBC.03 Indeks :

Bulan & Tahun Indeks :.....
 NIK Indeks :.....
 ID. SITB (Person ID) :.....

Tanggal Bulan Laporan :

Sumber Data Indeks : ☐ PMDT ☐ Fasyan

Nama Fasyankes :

Kecamatan :

Nama Fasyankes : ☐ PKM ☐ Klinik ☐ Rumah Sakit *(Swasta/Pemerintah)
Kecamatan :

[illegible]

Keterangan: Apabila Investigasi kontak dilakukan oleh petugas kesehatan semua kolom diisi oleh petugas

Apabila dilakukan oleh kader, Pengisian Formulir Kolom nomor 1-20 (diisi oleh Kader):

- 1) Tuliskan nomor urut
- 2) Tuliskan Nama kontak yang dilakukan investigasi
- 3) Tuliskan NIK kontak yang dilakukan investigasi
- 4) Tuliskan umur kontak yang dilakukan investigasi
- 5) Tuliskan Jenis kelamin kontak (L : laki-laki, tulis P : perempuan)
- 6) Alamat rumah: Nama jalan, RT/RW, Nomor Rumah
- 7-8) Bila kontak tinggal serumah dengan Pasien Ya/Tdk , berikan tanda (V)

9) Tuliskan tanggal pada saat melakukan investigasi kontak (skrining) pada kontak yang ditemui.

Kosongkan bila tidak bertemu kontak.

10) Berikan tanda (V) apabila batuk

11-19) berikan tanda (V) apabila jawaban ya

20) Tuliskan nama fasyankes rujukan tempat merujuk terduga

Keterangan Pengisian Formulir Kolom 20 - 24 (diisi oleh Petugas Kesehatan):

21) Berikan tanda (V) apabila jawaban ya

22 s.d 23) Tuliskan tanggal hasil pemeriksaan TBC pada salah satu kolom yang sesuai

24 s.d 25) Tuliskan tanggal pemberian TPT untuk pertama kali pada salah satu kolom yang sesuai

CATATAN:

Kontak dirujuk, bila terdapat minimal salah satu :

1. Anak 0-14 Tahun untuk TPT (Kontak Serumah)

2. Semua batuk

3. Satu gejala lain dan satu faktor risiko