PENANGGULAI	NGAN TBC	NASIONA
-------------	----------	----------------

TBC.16K

ONESIA 2022

FORMULIR INVESTIGASI KONTAK TUBERKULOSIS

Nama Kader/Petugas Kesehatan	:	Bulan & Tahur	n Indeks	:	Tanggal Bulan Laporan	:						
Nama Indeks	:(L/P)	NIK Indeks		:	Sumber Data Indeks	: PMDT Fasya	nkes					
Tanggal Lahir / Usia Indeks	:	ID. SITB (Perso	on ID)	:	Nama Fasyankes	:		PKM Klinik [Rumah	Sakit *(Sw	asta/Pemerintah)	,
No. Register TBC.03 Indeks	:				Kecamatan	:						
	Identitas Kontak				Hasil Skrining						Tanggal	١

Ш			Identitas	s Kontak	1								Hasil Sl	krining								На	sil	Tang	ggal
							Kon Serui		Tanggal			Gejala Lain				Faktor Ri	siko					Pemer		Pemb TF	
	No.	Nama	NIK	Umur L/P Alamat Ya Tdl	Tdk	Melakukan Investigasi	Batuk	Sesak napas	Berkeringat malam hari tanpa kegiatan	Demam meriang >1 bulan	Ibu Hamil	Lansia >60 th	Diabetes Melitus (DM)	Perokok	Pernah berobat TBC tapi tidak tuntas	Dirujuk	Fasyankes Rujukan	Diperiksa	Sakit TBC	Tidak TBC	< 5 th	Lii			
П	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Ш							ı																i I	ļ	
H							1																		
							l																		
																							1		
							1																1		
╟																									
							l																		
																								ļ	
																							 		
$\ \cdot\ $							-																		

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
- 2) 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