

د نري رنځ/توبر كلوز د سكرينينگ راپور

(هغه زده كوونكي چې په دوهمه ضميمه كې ليست شوي هيوادونو څخه په هر يو كې اوسيدلى وي: د نړيوال روغتيا سازمان لخوا په لوړه كچه د نري رنځ/توبركلوز لرونكي هيوادونو ليست)

نېټه _____

د زېردنې نېټه _____

نوم _____

د <u>توبر كيون پوټكي معاينات (TST)</u> يا <u>Quantiferon TB Gold</u> ويني معاينات (QFT)
وركل شوى نېټه: _____ د لوستلو نېټه: _____
پايلى: _____ ايم ايم _____ منفي _____ مثبت _____
Interferon Gamma Release Assay د <u>توبركولين پوټكي معايناتو (TST)</u> لپاره بديله معاينه
د ويني اخيستلو نېټه: _____ د ويني اخيستلو وخت: _____
پايله: _____ منفي _____ مثبت _____ ناڅرگنده _____ باډرلاين _____
<u>د سپني عكس (ايكس ر ې) پايله</u>
د سپني ايكس ر ې نېټه: _____ د مثبت جلدې معايناتو نېټه / IGRA: _____
_____ د فعاله نري رنځ ناروغى علايم شتون نلري
_____ د سپني عكس غير نورمال دى، فعاله نري رنځ بايد له منځه يوړل شي

د پورتنې راپور پر بنسټ:

پورته لست شوي كس د فعاله نري رنځ سره هېڅ مطابقت لرونكى علايم نلري. دغه كس د نري رنځ څخه په ځارى بڼه پاك دى.

په پورته لست شوي كس كې فعال نري رنځ له پامه نشي غورځول كيدى. دغه كس د لازياتي ارزونې لپاره ډاكټر يا روغتيا څانگې ته راجع شوى دى.

نېټه _____

لاسليک _____

(د روغتيا پاملرنې ډاكټر يا د روغتيا څانگې چارواكي)

تليفون شميره _____

پته _____