

Tuberkulosscreening av gravida

Frågeformulär "Screening avseende tuberkulos för gravida" (se nedan) ifylles i samband med inskrivningen på alla gravida. Utfallet och eventuell vidare åtgärd dokumenteras i fritext på MHV3.

1. **Screening ua** (se screeningformuläret) Ingen åtgärd.
2. **Tidigare exponering för tuberkulos** (se screeningformuläret)
 - a) Om en gravid kvinna vistats längre tid i/kommer från ett land med hög förekomst av tuberkulos >100/100 000 (Se aktuell lista av riskländer på FHM) eller kommer från särskilt riskutsatta miljöer (t.ex. krigsområden, flyktingläger och fängelser) eller det framkommer misstanke om tuberkulos-exponering i screeningsfrågorna skall QFT tas. Testet mäter immunsvaret mot Tuberkulos. Är QFT positivt/gränsvärde skickas remiss till Infektionsmottagningen, som ombesörjer remiss till Lung-Rtg grav.v 29 samt läkarbesök senast grav.v 30.
 - b) Om en gravid kvinna har känd latent TB, tidigare positivt QFT (QuantiferON test) eller tidigare haft Tuberkulos skickas remiss till Infektionsmottagningen för ställningstagande till ny kontroll samt behov av lung-röntgen i graviditetsvecka 29.

Remiss till Infektionsmottagningen skall innehålla:

- QFT svar
- Aktuell graviditetsvecka
- Beräknat förlossningsdatum

Vid remiss till Infektionsmottagningen skall blankett "Hälsodeklaration TBC" i Cosmic fyllas i. Blanketten ligger i Cosmic och hittas (Blanketter -> Allmänna brev och blanketter -> Hälsodeklaration TBC). Fyll i de uppgifter som framkommit via screeningblanketten. Övriga frågor besvaras om möjligt.

- c) Latent tuberkulos hos nära anhörig. Latent tuberkulos är inte smittsam men om patienten vistas i samma miljö som den anhöriga som har latent tuberkulos har smittats i bör QFT kontrolleras.
I de fall där patientens anhörig tagit med sig sin latent tuberkulos från ett högriskområde eller blivit smittad i en miljö som patienten i fråga aldrig har vistats i behöver inte QFT tas.



3. **Aktuella tuberkulos-symptom** (se screeningformuläret)

Omgående telefonkontakt med infektionsbakjouren samt akutremiss till Infektionsmottagningen.

- **Viktigt att uppmärksamma tuberkulosförekomst hos nära vänner och släktingar.** Om någon anhörig har tuberkulos i anamnes/aktuella symptom på lungsjukdom be kvinnan hänvisa dessa till infektionsmottagningen så att utredning kan göras i god tid innan barnet är fött då nyfödda är särskilt mottagliga för Tuberkulos. Följ upp att kontakt blivit tagen.
- **Avråd de blivande föräldrarna att resa med barnet till hemlandet innan det är BCG-vaccinerat** om de kommer från ett högendemiskt område. BCG-vaccination rekommenderas till barn med familjeursprung från ett land med ökad eller hög TB-förekomst (>40 fall/100 000 inv) Riskländer avseende tuberkulos — Folkhälsomyndigheten (folkhälsomyndigheten.se). Vaccinationen kan ges från 4 veckors ålder förutsatt att PKU är utförd och att barnet inte påverkats av immunsupprimerande medicinering som givits till mamman under graviditeten. Det är viktigt att efterhöra eventuell immunsupprimerande medicinering under graviditeten hos mamman innan vaccination.
- **Gravid kvinna med aktiv tuberkulos handläggs av läkare på Infektionsmottagningen.** Vårdplanering görs i samverkan med läkare på Spec-MVC samt barnläkare.

Frågeformulär - Screening avseende Tuberkulos för gravida

Personnummer: -(tio siffror) **Datum:**

Namn:

Telefonnummer: **Mobilnummer:**

Sätt ett kryss i de rutor som du tycker stämmer för dig.

1. Frågor gällande aktuella symtom som också skulle kunna bero på tuberkulos:

Har du ett eller flera av följande symptom?	Ja	Nej
• Långvarig hosta i mer än 3 veckor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Slembildning från luftrören i mer än 3 veckor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Feberperioder eller feber i mer än 3 veckor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avmagring, mer än 5 kg på 6 månader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Naturliga svettningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Frågor gällande ev. tidigare exponering för tuberkulos:

	Ja	Nej
a) Har du själv haft tuberkulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har någon anhörig eller i din nära omgivning haft Tuberkulos? Om Ja, vem och när:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Är du född i Sverige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Om Nej, ange i vilket land? _____

Hur länge bodde du i ditt födelseland? _____

d) Har du vistats under längre tid (i mer än 3 månader) i ett land utanför Norden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Om Ja, var och hur länge?

Flödesschema hälsokontroll Tuberkulos, GRAVIDA

