

1. Seisund ravi alustamisel Esmane <input type="checkbox"/> Mitteefektiivne ravi <input type="checkbox"/> Üle tulnud <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		Retsidiiv* <input type="checkbox"/> Jälgimiselt kadunud (end ravikatkestaja) <input type="checkbox"/> Muu juht <input type="checkbox"/> * Retsidiividel eelmise TB- juhu kuupäev	
2. Isikukood <input type="text"/>		3. Sugu Mees <input type="checkbox"/> Naine <input type="checkbox"/>	
5. Eesnimi _____		Perekonnanimi _____	
6. Elukoht Tänav, küla _____		Linn/ alev/ vald _____	
		Maakond _____	
7. Sünnimaa _____		Kui sünnimaa pole Eesti, siis Eestisse saabumise aeg <input type="text"/>	
8. Rahvus _____			
9. Perekonnaseis Abielu (reg. või vaba) <input type="checkbox"/> Vallaline <input type="checkbox"/> Lahutatud <input type="checkbox"/> Lesk <input type="checkbox"/>		10. Haridus Alg- või vähem <input type="checkbox"/> Põhiharidus <input type="checkbox"/> Kesk-, keskeriharidus <input type="checkbox"/> Kõrgharidus <input type="checkbox"/>	
		11. Ravikindlustus Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/>	
		12. Elamisviis Püsiv elukoht <input type="checkbox"/> Juhuslik elukoht <input type="checkbox"/> Kodutu <input type="checkbox"/> Immigrant <input type="checkbox"/>	
13. Tegevusala Töötav isik <input type="checkbox"/> Töötu, ei tööta (Üli)õpilane <input type="checkbox"/> Kinnipeetav <input type="checkbox"/> Kodune <input type="checkbox"/> Pensionär (sh. töövõimetuspensionär) <input type="checkbox"/> Hoolealune <input type="checkbox"/>		14. Sõltuvusained Alkoholi tarvitamine: Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/> Narkootikumide tarvitamine: Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/> Suitsetamine: Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/>	
		15. Reisimine nakkuslikul perioodil (Kui jah, siis täpsustada reis märkuste lahtris.) Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/>	
16. Amet viimasel töökohal _____			
17. Asutuse/ õppeasutuse/ hoolekandeadutuse nimi, tegevusala _____			
18. Ravi alustamise kuupäev <input type="text"/>		Diagnoosimise kuupäev <input type="text"/>	
Surma kuupäev, kui diagnoos (dgn) on pandud surmajärgselt <input type="text"/>		Surma põhjus: _____	
19. TB dgn _____		<input type="text"/> . <input type="text"/>	
TB dgn _____		<input type="text"/> . <input type="text"/>	
kaasuvad dgn _____		<input type="text"/> . <input type="text"/>	
kaasuvad dgn _____		<input type="text"/> . <input type="text"/>	
kaasuvad dgn _____		<input type="text"/> . <input type="text"/>	
20. Röga või muu materjali uuring Äiges <input type="checkbox"/> Külvis <input type="checkbox"/> BK+ <input type="checkbox"/> BK- <input type="checkbox"/> BK tegemata <input type="checkbox"/>		21. Destruksioon Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/>	
		22. MDR Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/>	
		23. HIV + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/> Tegemata <input type="checkbox"/> Keeldus <input type="checkbox"/>	
		HIV testi kuupäev <input type="text"/>	
		ARV ravi kuupäev <input type="text"/>	
		CD4 <input type="text"/>	
		VK arv <input type="text"/>	
24. BK leid muus materjalis <input type="checkbox"/> Kui jah – täpsus _____			
25. Histoloogiline uuring <input type="checkbox"/> Kui tehtud – täpsustus _____			
26. Haigus diagnoositud Kaebustega <input type="checkbox"/> Profülaktiliselt <input type="checkbox"/> Kontaktsena <input type="checkbox"/> Pärast surma <input type="checkbox"/>		27. Teadaolev TB kontakt Pere <input type="checkbox"/> Töö <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/> Kontakt puudub <input type="checkbox"/>	
29. Raviarsti nimi _____		28. Viibinud kinnipidamiskohas Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole teada <input type="checkbox"/>	
		30. Tervishoiuasutus _____	
31. Reg.kp. <input type="text"/>		32. Andmekaardi vormistaja nimi _____	
33. Märkused _____			