

د لاس انجلس کاونټي د ځوانانو د نري رنځ د خطر ارزونه

- دا وسیله د نري رنځ د ناروغی معایناتو لپاره د غیر علامت لرونکو **لوپانو** پیژندلو لپاره وکاروئ.
- بیا ازموینه باید یوازې په هغو کسانو کې ترسره شي چې مخکې یې منفي ازموینه کړې وه، او د وروستي ارزونې وروسته د خطر **نوي** عوامل لري
- د TB نښو یا غیر معمولي سيني ایکس ری لپاره چې د فعال TB ناروغی سره مطابقت لري د فعال TB ناروغی ارزونه د فعال نري رنځ ناروغی لپاره بشپړ ارزونه عبارت دي له: د نښو معاینه، د سيني ایکس ری، او که څرگند شو، د بلغم AFB سمپرونه، کلتورونه، او د نیوکلیک اسید امپلیفیکیشن ازموینه. د نري رنځ د پوستکي منفي ازموینه یا د انټرفیرون گاما خوشي کولو ارزونه د TB فعاله ناروغی نه روي.

لاندي د خطر د فکتور مناسب بکسونه چیک کړئ.

که چیرې لاندي 4 بکسونه چک شوي وي د TB ناروغی د معاینې سپارښتنه کيږي.
که چیرې د TB ناروغی د ازموینې پایله مثبت وي او د TB فعاله ناروغی رد شوي وي، د TB د ناروغی د درملنی سپارښتنه کيږي.

- زېږون، سفر، یا د اوسیدو ځای** په یو هیواد کې چې لږ تر لږه د یوې میاشتې لپاره د TB کچه لوړه وي
- د متحده ایالاتو، کاناډا، استرالیا، نیوزیلینډ، یا لویدیځ او شمالي اروپا هیوادونو پرته نور هیوادونه هم پکې شامل دي
- که سرچینې په دې ګروپ کې لومړیتوب نه اړتیا ولري، هغه ناروغانو ته لومړیتوب ورکړئ چې لږ تر لږه د پرمختګ لپاره یو طبي خطر لري (د لیست لپاره حقیقت پانډه وګورئ)
- د Interferon Gamma Release Assay د ټورکولن د پوستکي ازموینې په پرتله د متحده ایالاتو نه پرته زېږیدلي اشخاصو لپاره غوره کيږي ک 2 کلن وی

د معافیت فشار، اوسنی یا پلان شوی

- د HIV ناروغی، د عضوي انتقال اخیستونکي، د TNF-alpha مخالف سره درملنه کيږي (د مثال په توګه، infliximab، etanercept، نور)، د 1 میاشت لپاره د prednisone ≥ 15 mg/day سره برابر سنټر ایډونه یا نور معافیت ضد درمل

په هر وخت کې د یو چا سره نږدې اړیکه نیول چې د نري رنځ ساري ناروغی لري

- د ناروغیو کنټرول او مخنیوي مرکزونه په ګوته کوي چې د تماسونو ارزونه او د اخته شوي تماس درملنه د نري رنځ د له منځه وړلو لپاره د متحده ایالاتو د ستراتیژۍ یوه مهمه برخه ده.

[ب] د بې کوره کیدو یا توقیف تاریخچه

- د متحده ایالاتو د مخنیوي خدماتو کاري ځواک (USPSTF) سپارښتنه کوي چې د نري رنځ د ناروغی د زیاتوالي خطر پراساس د خلکو معاینه وکړي د هغه خلکو په شمول چې د لوړ خطر سره راتول شوي ترتیباتو کې ژوند کوي (د مثال په توګه بې کوره سرپناه او اصلاحي تاسیسات)

هیڅ نه؛ په دې وخت کې د نري رنځ هیڅ ازموینه نه ده بنودل شوې.

وراندې کوونکی: _____

د ارزونې نیټه: _____

د ناروغ نوم: _____

د زېږون نیټه: _____

(که د تطبیق وړ وی دلته سټیکر ځای په ځای کړئ)

د دې وسیلې کارولو په اړه د نورو معلوماتو لپاره د لاس انجلس کاونټي ځوانانو د نري رنځ د خطر ارزونې لارښود وګورئ.

د کالیفورنیا د نري رنځ د خطر ارزونې څخه د LAC کارولو لپاره تطابق شوی د PROVIDERS په پاڼه کې شتون لري www.ctca.org د دې لپاره چې ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو وروستي نسخه لرئ له <http://publichealth.lacounty.gov/tb/providertoolkit.htm> څخه لیدنه وکړي