

Tarikh :  
Daerah :  
Auditor :

Klinik Kesihatan :  
Auditees:

| PROSES                       | KRITERIA /<br>NO IC / RN   | Kad                        | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad |
|------------------------------|--|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                              |  | 1                          | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  |
|                              |  | Ada/Ya (√) Tiada/Tidak (x) |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>1.DIAGNOSIS<br/>TEPAT</b> | <b>Diagnosis PTB smear positif perlu memenuhi criteria berikut:</b>                    |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | 1. simptomatik atau tiada symptom tetapi tergolong dalam <i>High Risk Group</i> TB DAN |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | 2. sekurang-kurang 2 atau 3 Sputum AFB positif<br><b>ATAU</b>                          |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | 1 sputum AFB positif + CXR memenuhi kriteria TB<br><b>ATAU</b>                         |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | 1 sputum AFB positif + culture positif MTB   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | <b>Diagnosis PTB smear negative perlu memenuhi criteria berikut:</b>                   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | 1. simptomatik atau tiada symptom tetapi tergolong dalam High Risk Group TB            |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | 2. 3 DS negative + CXR memenuhi kriteria TB <b>ATAU</b>                                |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | DS negative tetapi <i>culture positif</i>  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | <b>Diagnosis Extra PTB perlu memenuhi kriteria berikut:</b>                            |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| PROSES                     | KRITERIA<br>NO IC / RN   | Kad                        | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad |
|----------------------------|--|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                            |  | 1                          | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  |
|                            |  | Ada/Ya (√) Tiada/Tidak (×) |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | 1. <i>TB of organs other than lung parenchyma</i>  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | 2. <i>Based on Culture ,histologyatau strong clinical evidence and a decision to treat</i>   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | <b>Diagnosis PTB dan extra-pulmonary perlu memenuhi kriteria berikut:</b>  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | <i>TB involving lung parenchyma as well as any other part of the body</i>  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | Semua kes TB perlu menghantar sputum, <i>gastric lavage, respiratory secretion for smear AFB</i> semasa diagnosis  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | Semua kes PTB perlu menghantar <i>sputum culture</i> for MTB semasa diagnosis  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | Semua kes TB perlu menjalani CXR semasa diagnosis  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>2.NOTIFIKASI KES TB</b> | Semua kes TB perlu di notifikasi dengan menggunakan <b>BORANG HEALTH 1 REV/ 2010</b> dan <b>Borang TBIS 10A-1</b> dengan lengkap dalam masa 1 minggu dari pada tarikh diagnosis. |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>3.PENDAFTARAN KES</b>   | Semua kes TB perlu didaftarkan dalam Buku Datfar <b>TBIS 101-B</b> yang telah dikemaskini dengan lengkap   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | i. Biodata pesakit   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                            | ii. Diagnosis penuh  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

|                       |  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|-----------------------|--|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
|                       | iii. Status sputum <i>AFB smear</i> semasa diagnosis ,akhir fasa intensif dan akhir fasa sambungan<br>( <i>cth; -ve, scanty 1+, 2+ 3+</i> )          |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
| PROSES                | KRITERIA<br>NO IC / RN   | Kad 1                      | Kad 2 | Kad 3 | Kad 4 | Kad 5 | Kad 6 | Kad 7 | Kad 8 | Kad 9 | Kad 10 |
|                       |  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       |  | Ada/Ya (√) Tiada/Tidak (×) |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | iv. Status sputum culture TB semasa diagnosis<br>( nyatakan tarikh)  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | v. Tahap keterukkan CXR ( <i>mild, moderate, severe</i> )<br>- nyatakan jika terdapat <i>cavity</i>  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | vi. Hasil rawatan  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | vii. Ko-morbiditi(cth: HIV, DM dan lain-lain)  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
| 4. SIASATAN<br>KES TB | 1. Siasatan kes indeks PTB smear positif oleh PPKP/TB Team hendaklah mendapatkan kontak mengikut SOP dalam masa 2 minggu selepas menerima notifikas. |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | <i>I. close contact</i>  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | <i>II. household contact</i>   |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | 2. Borang siasatan perlu diisi dengan lengkap oleh PPKP/TB Team  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
|                       | 3. Bilangan kontak untuk setiap kes indek minima 1:10 berdasarkan <b>TBIS 10C2</b>   |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |
| 5. RAWATAN<br>KES TB  | 1. Rawatan TB hendaklah mengikut regimen berdasarkan CPG terkini.  |                            |       |       |       |       |       |       |       |       |        |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | 2. Rawatan TB dengan <i>co-morbidity</i> hendaklah mengikut CPG.              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. DOT hendaklah dipantau oleh anggota klinikal                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4. DOT boleh dilakukan oleh bukan anggota klinikal ( penyelia yang dilantik ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| PROSES                    | KRITERIA<br>NO IC / RN  | Kad                        | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad |
|---------------------------|---|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                           |   | 1                          | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  |
|                           |   | Ada/Ya (√) Tiada/Tidak (×) |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>6. RAWATAN SUSULAN</b> | 1. Menjalankan ujian <i>FBC, LFT, RP, RBS, HIV screening</i> pada <i>visit</i> pertama( semasa diagnosis )  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                           | 2. Menjalankan ujian <i>LFT</i> 2 minggu selepas rawatan dimulakan.   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                           | 3. Pesakit yang didiagnosa <i>smear</i> positif ,ujian kahak calitan perlu diulangi semasa lawatan bulan ke-2( akhir fasa intensif) dan bulan ke -6 (akhir fasa sambungan). |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                           | 4. Pesakit yang didiagnosis <i>smear</i> negative, ujian kahak perlu diulang isemasa lawatan ke – 2, jika negatif tiada ujian sampel seterusnya.                            |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                           | 5. Komplikasi <b>ADR</b> dipantau / didokumenkan  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                           | 6. Semua <b>ADR</b> hendaklah dilaporkan.   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                           | 7. Semua rawatan TB perlu direkodkan dalam buku rawatan <b>TBIS 10E</b> ( pesakit) dan <b>TBIS 10I</b> ( simpanan PR 1/ PR2 ).  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

|                   |   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|-------------------|---|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| <b>7. RUJUKAN</b> | 1. Semua kes PTB smear positif perlu dirujuk untuk perundingan Pakar Perubatan sekurang-kurangnya pada akhir fasa intensif( 2bulan) dan pada akhir fasa sambungan ( 6 – 9 bulan). |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | 2. Bag kes-kes seperti berikut perlu di rujuk kepada Pakar Perubatan Keluarga / Pakar Perubatan Respiratori   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>1. Unsure of TB diagnosis</i>  |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
| <b>PROSES</b>     | <b>KRITERIA<br/>NO IC / RN</b>  | <b>Kad<br/>1</b>                  | <b>Kad<br/>2</b> | <b>Kad<br/>3</b> | <b>Kad<br/>4</b> | <b>Kad<br/>5</b> | <b>Kad<br/>6</b> | <b>Kad<br/>7</b> | <b>Kad<br/>8</b> | <b>Kad<br/>9</b> | <b>Kad<br/>10</b> |
|                   |   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   |   | <b>Ada/Ya (√) Tiada/Tidak (×)</b> |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>ii. Retreatment of TB</i>  |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>iii. Adverse events following anti TB drugs</i>  |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>iv. Extrapulmonary TB except for TB lymph node</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>v. Renal and/or liver impairment in TB</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>vi. HIV-co infection</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>vii. Smear negative TB</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>viii. Smear still positive after 2 months of treatment</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>ix. all children diagnosed with TB</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>x. Maternal TB</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>xi. Complex TB cases requiring surgical intervention.</i>  |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>xii. MDR/XDR</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |
|                   | <i>xiii. Uncontrol co-morbidities</i>   |                                   |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |

| PROSES                      | KRITERIA<br>NO IC / RN  | Kad                        | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad | Kad |
|-----------------------------|---|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                             |   | 1                          | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  |
|                             |   | Ada/Ya (√) Tiada/Tidak (×) |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>8. KES CICIR RAWATAN</b> | 1. Pemantauan kes cicir rawatan perlu dibuat mengikut garis panduan (carta alir Kesihatan Primer)   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                             | i.Menelefon pesakit pada hari pertama cicir.  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                             | ii.lawatan ke rumah pada hari kedua cicir.  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                             | iii.Memaklumkan kepada PKD dengan menggunakan borang <b>TBIS 10D</b> pada hari ketiga cicir dan setiap minggu sekiranya masih cicir rawatan sehingga 2 bulan.   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>9. HASIL RAWATAN TB</b>  | 1. Bagi kes smear positif , status kahak bertukar menjadi negative ( <i>Sero conversion</i> )   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                             | 2. Bagi kes smear positif , status kahak menjadi negatif pada akhir rawatan (sembuh ).  |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                             | 3. Kes yang gagal rawatan perlu dilaporkan ke PKD dengan menggunakan borang <b>TBIS 10G</b> .   |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                             | 4. Semua kes kematian TB semasa rawatan hendaklah dilaporkan dengan menggunakan borang <b>TBIS 10J</b> dan perlu di buat siasatan dan dibincangkan dalam mesyuarat teknikal kematian TB peringkat daerah. |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                             | 5. Kes MDRTB/XDRTB perlu dinotifikasikan semula dengan menggunakan borang notifikasi, <b>BORANG HEALTH 1 REV /2010</b> , <b>Borang TBIS 50A-1</b> dan <b>TBIS 10G</b> dengan lengkap.                     |                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |