UCI Student Health Center

学生姓名 Name of Student	
出生日期（月/日/年） Date of Birth (month/day/year)	
学生身份证号 Student ID#	

结核病 (TB) 健康评估表
TUBERCULOSIS (TB) HEALTH ASSESSMENT FORM

您针对结核病风险筛查问卷的问题给出的答案表明您可能患有 A（使您处于较高风险的免疫抑制疾病）或 B（既往 (+) TST（结核菌素试验）/IGRA（干扰素释放试验）。因此，您需要填写此表并由执照医疗服务提供者签名。

Your answers to questions on the Tuberculosis Risk Screening Questionnaire indicate that you either have A (immune suppressed condition that places you at higher risk) or B (Previous (+) TST/IGRA). Because of this, you need to have this form completed & signed by a LICENSED HEALTH CARE PROVIDER.

A. 免疫抑制健康检查表（艾滋病病毒感染、含 TNF- α 拮抗物的器官移植接受者、类固醇、免疫抑制药物）
IMMUNOSUPPRESSED MEDICAL CLEARANCE FORM (HIV infection, organ transplant recipient with TNF- alpha antagonist, steroids, immunosuppressive medicines)

结核病血液检查：勾选其中一项
TB BLOODTEST: Check one

☐ IGRA QUANTIFERON
IGRA QUANTIFERON

☐ IGRA T 细胞检测 （自入学 UCI（加州大学尔湾分校）第 1 天起 12 个月内）
IGRA T Spot (within 12 months of date of 1st attendance at UCI)

检查日期：
Date Obtained: ____________

结果： ☐ 阴性 ☐ 阳性（需要胸部 x 光片） ☐ 不确定（需要胸部 x 光片）
Result: Negative Positive (need Chest X-ray) Indeterminate (need Chest X-ray)

请附带测试结果。测试结果必须翻译成英语。
Please attach test results. Test results must be translated into ENGLISH.

B. 之前的阳性结核病测试健康检查表
PREVIOUS POSITIVE TB TEST MEDICAL CLEARANCE FORM

1. 结核菌素皮肤测试 (TST/PPD) 1. TUBERCULIN SKINTEST (TST/PPD)	或 OR	结核病血液检查 TB BLOOD TEST
检查日期： Date placed: ____________ 读取结果日期： Date read: ____________ 结果： Result: ____________ mm 硬化 mm induration 说明： ☐ 阴性 ☐ 阳性（需要胸部 x 光片） Interpretation: Negative Positive (need Chest X-ray)		勾选其中一项： Check one: ☐ IGRA QUANTIFERON 或 IGRA QUANTIFERON or ☐ IGRA T 细胞检测 IGRA TSpot 检查日期： Date Obtained: ____________ 结果： Result: ☐ 阴性 ☐ 阳性（需要胸部 x 光片） Negative Positive (need Chest X-ray) ☐ 不确定（需要胸部 x 光片） Indeterminate (need Chest X-ray)

2. 胸部 x 光（如果结核菌素皮肤试验或 IGRA 血液检查呈阳性，则自入学 UCI 第 1 天起 12 个月内）
2. CHEST X-RAY (within 12 months of date of 1st attendance at UCI if TB Skin Test or IGRA blood test is positive)

胸部 x 光日期：
Date of Chest x-ray: ______

结果：☐ 正常 ☐ 不正常
Result: Normal Abnormal

请附带测试结果。测试结果必须翻译成英语。
Please attach test results. Test results must be translated into ENGLISH.

3. 症状评估：勾选所有适用项
3. SYMPTOM REVIEW: CHECK ALL THAT APPLY

患者目前是否有以下任何症状？：
Does Patient currently have any of the following symptoms?:

- ☐ 咳嗽超过 4 周
  Cough greater than 4 weeks
- ☐ 原因不明的体重下降
  Unexplained weight loss
- ☐ 原因不明的胸痛
  Unexplained chest pain
- ☐ 咳血（咯血）
  Coughing up blood (Hemoptysis)
- ☐ 持续发烧/发冷或盗汗
  Persistent fevers/chills or night sweats
- ☐ 持续且原因不明的疲劳
  Persistent, unexplained fatigue
- ☐ 无
  NONE

4. 治疗 - 勾选其中一项
4. TREATMENT—CHECK ONE

☐ 已向患者解释了潜伏性结核病的治疗情况，但患者拒绝治疗
Treatment for latent TB was explained to the patient and treatment was declined

或
or

☐ 治疗历史记录：药物名称
Treatment History: Name of medication(s) ______

开始日
Start Date ______

治疗持续时间
Duration of therapy ______

我证明该学生没有感染结核病。
I certify the student is free of infectious tuberculosis.

州或国家提供者 (MD/DO/PA/NP) 的印刷体姓名和签名
PRINTED NAME & SIGNATURE OF HEALTH CARE PROVIDER (MD/DO/PA/NP) ______

执照号
License # ______

医疗服务
State or Country ______

办公室地址
Office address ______

电话
Telephone ______

日期
Date ______

请参见我们我们的常见问答页面，网址为 https://shc.uci.edu/new-student-information/immunization-requirements
See our FAQ Page at https://shc.uci.edu/new-student-information/immunization-requirements