# السل الكامن، معلومات المريض

**عند تقديم العلاج الوقائي. نشرة المعلومات من أطباء مكافحة انتشار الأمراض المعدية**

**كيف ينتقل مرض السل؟**

يمكن للشخص المصاب بمرض السل الرئوي أن ينقل العدوى إلى الآخرين عندما يعطس في الداخل. أما مرض السل في الأعضاء الأخرى ومرض السل الكامن فهما ليسا معديان. نادرًا ما يكون الأطفال الذين لم يصلوا بعد إلى سن البلوغ معديين. يكون خطر انتقال العدوى كبيرًا جدًا عند قضاء وقت طويل في نفس الغرفة، على سبيل المثال عندما يسكن بضعة أشخاص في نفس المسكن.

**ما هو السل الكامن؟**

لا يمرض جميع الناس الذين يصابون بالعدوى بمرض السل، حيث يمكن للجهاز المناعي لدى معظم الناس إيقاف نموّ الباكتيريا. وبالتالي يمكن أن تبقى البكتيريا في الجسم ولكنها لا تكون فعّالة. تُعرف هذه الحالة بالسل الكامن.

**السل الكامن ليس مرضًا**

إذا تم إشعارك بعد إجراء فحص الدم (اختبار قياسات إطلاق إنترفيرون جاما أو IGRA) أو اختبار الجلد (اختبار جلدي لتشخيص مرض السل) أنك تعاني من السل الكامن فإنه ليس لديك أي أعراض التي تعود إلى مرض السل. ولا يمكنك نقل هذه البكتيريا إلى أشخاص آخرين.

ولكن مع ذلك يوجد خطر في أن يتطور لديك مرض السل فيما بعد في مرحلة من مراحل الحياة، ولكن الخطر ضئيلاً.

**يتم إعطاء علاج وقائي في بعض الحالات**

يُعرض على بعض الناس الذين لديهم خطر متزايد في الإصابة بالمرض لاحقاً الحصول على علاج وقائي. ينطبق الأمر أولاً وقبل كل شيء على النساء الحوامل وبعد الولادة، وعلى الأطفال واليافعين، بالإضافة إلى الأشخاص الذين يعانون من جهاز مناعي ضعيف، على سبيل المثال عند الحصول على علاج ضد مرض السرطان أو مرض السكر بالأنسولين أو مرض الكلى المستعصي. كما يُعطى العلاج الوقائي أحيانًا أيضًا لأشخاص تعرضوا حديثًا إلى عدوى السل.

**عُرض عليك العلاج الوقائي**

إنك تعاني من السل الكامن وعرض عليك الطبيب الحصول على علاج وقائي، وذلك لتقليل خطر إصابتك بمرض السل في المستقبل.

إذا تعرضت في المستقبل إلى سعال طويل الأمد (أكثر من ثلاث أسابيع)، التعرق الليلي، حمّى أو فقدان وزن لا إرادي، فيجب عليك الاتصال بالطبيب لكي يتم فحصك للكشف عن مرض السل.

تفاصيل الاتصال **(Kontaktuppgifter)**

اسم العيادة *(Namn på mottagningen)*

.....

لقد قابلت *(Du har träffat)*

الطبيب *(Läkare)* .....

الممرضة *(Sjuksköterska)* .....

رقم الهاتف/مواعيد الاتصال بالعيادة *(Telefonnummer/telefontid till mottagningen)*

.....