

# 2013 年美國加利福尼亞州長期照護 機構結核病感染管制措施建議

姜秀子<sup>1</sup> 簡榮彥<sup>2</sup> 薛博仁<sup>2</sup> 盧彥伶<sup>1</sup> 陳郁慧<sup>3</sup> 吳麗鴻<sup>4</sup> 蘇麗香<sup>5</sup> 林均穗<sup>6</sup>  
成茵茵<sup>7</sup> 盧敏吉<sup>8</sup> 柯文謙<sup>9</sup> 盛望徽<sup>2</sup> 顏慕庸<sup>10</sup> 莊銀清<sup>11</sup> 方啟泰<sup>2</sup>  
余明治<sup>12</sup> 李聰明<sup>13</sup> 藍郁青<sup>14</sup> 洪靖慈<sup>15</sup> 陳彥旭<sup>15</sup>

<sup>1</sup>馬偕紀念醫院 <sup>2</sup>台大醫院 <sup>3</sup>奇美醫院 <sup>4</sup>彰化秀傳醫院 <sup>5</sup>高雄長庚紀念醫院  
<sup>6</sup>林口長庚紀念醫院 <sup>7</sup>明山慈安居老人養護中心 <sup>8</sup>中國醫藥大學附設醫院  
<sup>9</sup>成功大學附設醫院 <sup>10</sup>台北市立聯合醫院 <sup>11</sup>柳營奇美醫院 <sup>12</sup>萬芳醫院 <sup>13</sup>雲林若瑟醫院  
<sup>14</sup>中國醫藥大學 <sup>15</sup>高雄醫學大學附設中和紀念醫院 社團法人台灣感染管制學會

台灣之人口結構將於 2025 年進入超高齡社會，老人的結核病發生率相較於其他年齡層更高，在臨床上可能出現不典型表現，導致診斷和防治的困難。老年人肺結核罹患率較高，除本身抵抗力下降之因素外，因結核桿菌可於人體數十年後，於宿主抵抗力降低時發病，為另一導致老年長期照護機構中高肺結核病罹患率之原因，因此老年人潛伏結核感染的問題值得重視。本篇主要是參考 2013 年美國加利福尼亞州之「Guidelines for Prevention and Control of Tuberculosis In California Long Term Health Care Facilities」進行建議，內容主要有認識結核病(潛伏性結核感染、活動性結核病症狀及診斷)、傳染病通報方式、住民篩檢計畫(新住民篩檢、對已知或疑似肺結核的住民入住計畫、再入院篩檢、住民醫療記錄保存問題)、工作人員篩檢計畫(新進工作人員肺結核症狀篩檢、年度篩檢、曝觸後篩檢、懷疑或確診活動性結核病的工作人員、記錄保存、工作人員教育訓練)等進行介紹及建議。期望提供感染管制人員和長期照護機構醫療人員足夠的參考資料，以利機構能管理和實施住民和工作人員結核病的早期篩檢防治與計劃來減少活動性結核病傳播。( **感控雜誌 2017:27:116-124** )

**關鍵詞：** 長期照護機構、結核病、感染管制措施

民國 106 年 2 月 1 日受理  
民國 106 年 4 月 20 日接受刊載

通訊作者：陳彥旭  
通訊地址：高雄市三民區自由一路100號  
連絡電話：(07) 3121101 轉 5683

DOI: 10.6526/ICJ.2017.302

## 前 言

結核病 (Tuberculosis, TB) 是台灣通報最多的法定傳染性疾病之一。儘管這幾年來，在各方面的努力下，台灣結核病防治有顯著成效，但目前仍是結核病中度盛行區，在 2015 年，每年仍有 10,771 個結核病個案，結核病發生率仍高達每十萬人口 45.7 人[1]。同時，若依年齡層區分，隨著年齡增加，結核病發生率顯著增加，年齡介於 55~64 歲者，發生率達每十萬人口 1,863 人；年齡介於 65 歲以上，發生率達每十萬人口 5,856 人；而年齡大於 65 歲者，發生率更高達每十萬人口 5,856 人，65 歲以上病例占總病例數 54.7%。美國的研究也發現，在 1993 至 2008 年間，美國結核病個案中，有 21.9% 為老年人；老年人的結核病發生率為每 10 萬人 10.9 人，遠高於 21~64 歲的每 10 萬人 7.3 人。在老年人中，結核病年發生率更由 65~74 歲的每 10 萬人 9.6 人，上升達 85 歲的每 10 萬人發生率 14.2 人[2]。顯見如要進一步控制結核病的發生，首要應加強老年族群的結核病的監測與防治。

台灣之人口結構將於 2025 年進入「超高齡社會」(亦即為 65 歲以上老年人口占總人口的比例超過到 20%)。除了老人的結核病發生率遠高於其他年齡層外，其在臨床上可能出現不典型表現，而導致診斷和防治的困難。此外，老年族群其失能、潛

在性疾病或慢性感染都可能降低自身免疫，進而影響其結核病發病風險或其治療預後[3-7]。雖大部分抗結核藥物仍可有效控制病情，但因老人有較多藥物不良反應，亦增加其肺結核治療的困難。相關研究也發現年齡越大者，在 12 個月內完治比率越低[8]。

在人員接觸頻繁密集的區域，因為集體生活，其相互感染的機率高，容易發生群聚感染的現象，例如：學生、醫護人員、軍隊、矯正機關之收容人與長期照護機構之住民與員工等。對於集體生活的族群來說，若潛伏具傳染性的個案，容易造成群體感染發生。美國的研究發現，安養護機構住民肺結核罹患率，為居住於家庭之老年人的四倍高[9,10]，台灣疾病管制署於 2003 年的 X 光巡迴篩檢也發現，安養院之新案發現人數高達每十萬人 378.21 人。

老年人肺結核罹患率較高，除本身抵抗力下降之因素外，因結核分枝桿菌 (*Mycobacterium tuberculosis*, MTB) 可於感染人體數十年後，於宿主抵抗力降低時發病。因此，老年人潛伏結核感染的發病，為另一導致老年長期照護機構中高肺結核病罹患率之原因[11]，早期發現與治療安養護機構住民潛伏結核感染的問題相當值得重視。

因此，本篇主要是參考 2013 年美國加利福尼亞州之「Guidelines for Prevention and Control of Tuberculosis In California Long Term Health Care

Facilities」進行建議[12]，希望提供感染管制人員和長期照護機構醫療人員參考，以利機構能管理和實施住民結核病的防治計劃，以減少活動性結核病傳播。

## 認識結核病

### 一、潛伏結核感染

感染人體的結核分枝桿菌，若在巨噬細胞內保持休眠狀態，存活相當多年而尚未發病，這被稱為潛伏結核感染 (Latent tuberculosis infection, LTBI)。LTBI 通常會導致結核菌素皮膚試驗 (tuberculin skin test, TST) 或丙型肝炎干擾素血液檢測 (Interferon gamma release assay, IGRA) 從陰性轉變為陽性。在初次受結核分枝桿菌感染後的幾年至終身，約有 10% 至 15% 的 LTBI 患者最終會發展為活動性結核病。LTBI 患者通常無症狀，具有正常的胸部 X 光，並且不具傳染性，無法將結核分枝桿菌傳播給其他人；然而 LTBI 患者隨時有可能從 LTBI 進展到活動性結核病，受到感染到發病前的這一段期間 (即潛伏結核感染)，體內潛伏存活的結核菌數量並不多，若施予潛伏結核感染之治療，則可有效減少日後進展成活動性結核病的機會。LTBI 之早期發現與治療是目前台灣及世界衛生組織進一步根除結核病的重要策略之一。

### 二、活動性結核病

感染結核分枝桿菌後，進展為活動性結核病的高風險病人包括：

1. 五歲以下的兒童；
2. 最近 (2 年內) TST/IGRA 從陰性轉為陽性；
3. 罹患有相關疾病，提高進展為活動性結核病之風險。這些疾病包括：(1) 人體後天免疫缺陷病毒 (HIV) 感染；(2) 糖尿病，特別是血糖控制不良；(3) 末期腎衰竭、慢性腎功能衰竭、血液透析；(4) 藥物濫用者；(5) 頭部和頸部的癌症；(6) 接受免疫抑制治療，包括：長期使用皮質類固醇、使用抗甲型腫瘤壞死因子製劑 (anti-tumor-necrosis-factor-alpha agents)、器官移植後使用抗排斥藥物治療或癌症化療；(7) 其它免疫抑制疾病，例如：淋巴瘤或白血病；(8) 腸繞道手術或胃切除術；(9) 低體重 (比理想體重低 10%)；(10) 與快速減肥相關的營養不良和臨床情況；(11) 矽肺病 (Silicosis)；(12) 抽煙。

### 三、活動性肺結核病的症狀

活動性肺結核病的症狀可能發展緩慢，難以與其他某些肺部疾病，如：肺炎和慢性阻塞性肺疾病發生作區分。活動性肺結核病的症狀包括但不限於：1. 咳嗽，一般有痰，持續時間超過二到三週；2. 不明原因或發熱，咳血、夜間出汗、體重減輕、厭食 (食慾不振)、疲勞、胸痛；3. 經廣效性抗生素治療後，無法改善，或再次復發之肺炎。

#### 四、活動性肺結核病的診斷

患有活動性肺結核病的人通常具有：1. 一種或多種症狀；2. 異常胸部 X 光和 3. 陽性痰 (痰液耐酸性塗片及培養陽性)。痰液耐酸性塗片可能不是陽性的，這取決於活動性疾病的程度。陽性痰液耐酸性塗片有時也可能是其他「非結核分枝桿菌」，例如：鳥分枝桿菌複合群 (*Mycobacterium avium-complex*) 或堪薩斯分枝桿菌 (*Mycobacterium kansasii*) 等感染。因為患者經常同時具有不健全的免疫反應，TST/IGRA 檢測可能呈現陰性。因此，陽性痰培養目前仍是診斷活動性結核病的黃金標準。

#### 五、活動性肺結核病之暴露

長期照護機構必須知道任何住民、員工、志工、家屬或訪客可能在任何時候，皆有機會暴露於結核菌或感染為活動性疾病。影響暴露後傳播風險的重要因素包括：

1. 指標個案之因素：(1) 指標個案罹患肺、氣管或喉部結核病；(2) 指標個案具有咳嗽症狀；(3) 指標個案之痰液耐酸性塗片呈現陽性；(4) 指標個案胸部 X 光呈現浸潤；(5) 指標個案咳嗽時未能覆蓋口和鼻子；(6) 指標個案之結核治療不適當、療程不足或不遵守結核病治療；(7) 指標個案對結核病治療的臨床和細菌學反應差；(8) 指標個案為抗藥性結核病患者。

2. 環境之因素：(1) 與指標個案

共處於同一空間 (在同一個建築物或房間通風系統)；(2) 環境之新鮮空氣供應不足；(3) 環境之人數密度高；(4) 在同一空間待置的時間較長。

### 傳染病通報方式

機構內如有疑似或確診的活動性結核病個案 (指標個案) 後，應通報當地衛生主管機關，以利評估和管理暴露的住民和工作人員。美國加利福尼亞州建議必須在一個工作日內通知當地衛生主管機關 (我國法定傳染病結核病通報是 7 個工作天內)。機構主管或負責人必須立即針對指標個案實施呼吸道防護措施，並作出適當的通知，例如：通知指標個案之照顧者 (healthcare provider)，該指標個案可能患有活動性肺結核，還應遵循當地衛生主管機關提出的所有建議措施。如果發現疑似或確認群聚發生，當地衛生主管機關應立即啟動疫情調查。

### 住民篩檢計畫

#### 一、新住民篩檢計畫

建議所有住民，無論入住時間長短，入住時都要進行活動性肺結核篩檢。除非有書面證據表示入住長期照顧機構前 90 天內已完成肺結核篩檢 (我國 106 年老人福利機構感染管制查核項目 2.2：服務對象入住前應有最近 3 個月內胸部 X 光檢驗報告)，則同意入住時不需要進行肺結核篩

檢。但之後的所有肺結核篩檢應由醫師評估及診療確認。所有肺結核篩檢的結果也必須保留在住民的醫療記錄中。

## 二、對已知或疑似肺結核的住民入住計畫

對其他醫療機構或長照機構住民已知或懷疑患有結核病的住民，美國加利福尼亞州需得到當地衛生主管機關的書面批准方可入住（我國目前是依老人福利機構感染管制查核項目執行）。已知或懷疑患有結核病的住民只有在在不具傳染性時才可以根據以下標準入住：

（一）以前痰塗片陽性的住民必須同時符合以下所有標準：

1. 連續三套痰液耐酸性塗片檢驗皆為陰性；2. 已順從接受至少 14 天以上的適當抗結核藥物治療；3. 臨床症狀持續改善並能接受繼續密切的醫療監督，包括：直接觀察治療（directly observed therapy, DOT）、能持續順從接受結核病監督治療。

（二）痰塗片陰性結果的住民必須符合以下所有標準：

1. 連續三套痰液耐酸性塗片檢驗皆為陰性；2. 已順從接受至少 5 天以上的適當抗結核藥物治療（我國目前是接受至少 14 天以上）；3. 臨床症狀持續改善並能接受繼續密切的醫療監督，包括：直接觀察治療（directly observed therapy, DOT）、能持續順從接受結核病監督治療。

## 三、再入院篩檢

1. 對於從機構出院小於 90 天的住民：（1）執行肺結核症狀篩檢；（2）所有有症狀和新陽性 TST/IGRA 結果的住民都需要胸部 X 光。2. 對於出院超過 90 天的住民，應遵循新住民篩檢計劃的建議。

## 四、住民醫療記錄

所有胸部 X 光和 TST/IGRA 結果應記錄在住民的醫療記錄中，且建議保持單獨的病歷。如果發現活動性肺結核的情況並且需要聯繫調查，病歷是非常重要的。病歷應易於檢索，以供機構及當地衛生主管機關調查員參考，內容包括：住民姓名、出生日期、入院和出院日期、入院日期、入院胸部 X 光的日期和結果、TST/IGRA 結果的日期和結果、與診斷活動性肺結核疾病相關的任何後續胸部 X 光及痰塗片和培養物的日期和結果、先前 LTBI 或肺結核治療的病史、診斷狀態、治療藥物（劑量和持續時間）等。

## 工作人員篩檢計畫

要求所有在長期照護機構工作的工作人員在到職前 90 天內或在到職後 7 天內進行結核病篩檢，此後至少每年執行一次。

## 一、新進工作人員肺結核症狀篩檢問卷

為了排除活動性疾病，所有新進工作人員（含在職、臨時和合約工作人員）必須在就職的第一天完成結核病症狀篩檢問卷。如果問卷結果有符合的篩檢條件（即新進工作人員有一個或多個不明原因的肺結核相關症狀），新進工作人員應該暫時被排除在工作之外，直到通過醫療評估其不具活動性肺結核疾病。

## 二、新進工作人員

初步篩檢：所有在機構中工作的醫療人員都必須在到職前 90 天內或在到職後 7 天內進行健康檢查。所有肺結核篩檢結果必須保留在員工的醫療記錄中。

若過去有 TST 陽性或陽性 IGRA 或活動性肺結核病史記錄史：

1. 若過去具有活動性結核病史的工作人員必須提供完成適當治療過程的證明文件。
2. 不需要進一步的 TST/IGRA 檢查。
3. 肺結核症狀篩檢和胸部 X 光。說明如下：(1) 肺結核症狀篩檢必須在到職前進行；(2) 必須執行胸部 X 光；(3) 如果工作人員就職的 90 天內提供完成胸部 X 光正常結果的書面報告，則不需要再進行胸部 X 光；(4) 患有結核病症狀（咳嗽超過 3 週、發熱、厭食、體重減輕等）的人必須儘快進行胸部 X 光檢查以排除活動性結核病；(5) 在異常胸部 X 光情況下，必須及時將工作人員送至醫療機構進行評估。在確定不具有感染性結核病並提供書面醫療許

可之前，不得允許該工作人員工作；(6) 應鼓勵所有具有陽性 TST/IGRA，正常胸部 X 光且無潛伏性結核病感染治療史的工作人員，向其醫療機構通報並進行評估和治療。

## 三、年度工作人員篩檢計劃

工作人員應每年一次面對面訪談症狀篩檢問卷（face-to-face interview）。如果問卷結果有符合的篩檢條件（即工作人員有一個或多個不明原因的症狀），工作人員必須暫時停止工作，直到通過醫療評估排除活動性肺結核疾病。

## 四、曝觸後工作人員篩檢計畫

在當地衛生主管機關通知後，所有接觸確診活動性肺結核病病例的工作人員必須接受 TST/IGRA 檢驗及胸部 X 光，並被轉診進行醫療評估。

無症狀且 TST/IGRA 陰性者應進行如下：

1. 如果 TST/IGRA 在最後一次接觸日期前 3 個月內為結果陰性，則在最後一次接觸日期後 8~10 週內工作人員接受檢查；
2. 如果 TST/IGRA 在最後一次接觸日期之前大於 3 個月為陰性，應盡快安排 TST/IGRA 檢查。如果新的 TST/IGRA 檢查為陰性，在最後一次接觸日期後 8~10 週重複 TST/IGRA 檢查。

## 五、懷疑或確診活動性結核病的工作人員

如果醫療機構或當地衛生主管機關懷疑或診斷活動性肺部疾病，在員工返回工作前必須滿足以下所有標準：

1. 如果工作人員最初是痰液耐酸性塗片陽性，現在有 3 次連續的痰液耐酸性塗片陰性，必須完成至少 14 個日常劑量的結核治療；
2. 如果工作人員最初始終是痰液耐酸性塗片陰性，則他/她必須完成至少 5 天的結核治療；
3. 連續 3 次的陰性痰液耐酸性塗片和培養；
4. 臨床改善；
5. 持續及密切的醫療監督；
6. 遵守當地衛生主管機關批准的治療方案；
7. 有醫師書面許可，則可以返回工作。

## 六、結核相關記錄之保存

1. 教育訓練記錄：訓練記錄至少保存 3 年。記錄內容應包括：員工的姓名、訓練日期、訓練講義的摘要及提供訓練的專業人員的姓名；
2. 工作人員健康記錄（與結核病有關）：醫療人員的健康記錄保密至持續工作時間後加上 30 年。與醫療人員結核病狀況相關的健康記錄至少應包括：員工姓名、到職和離職日期、卡介苗疫苗 (Bacillus Calmette-Guérin, BCG) 疫苗接種日期、TST/IGRA 的檢查日期、TST 檢查結果、胸部 X 光報告和其他診斷報告影本、醫療建議影本和返回工作的許可證明影本、醫師提供的所有書面意見及所有結核病評估結果的影本。

## 七、工作人員結核相關教育訓練

所有的工作人員應該每年進行預防和控制結核病傳播的方法的教育訓練。教育訓練應由專業人員依最新文獻及疾病管制署規範進行，例如：疾病管制署公布的指引或當地衛生主管機關提出的建議。所有工作人員都應該有機會與教育訓練課程的人員進行問題交流。教育訓練內容應該適合每個員工的教育程度、識字能力和語言能力。教育訓練內容包括以下主題：

1. 有關空氣隔離措施的傳播方式、病原體及預防方法。
2. 雇主應有相關之暴露控制計劃和或生物安全計劃，工作人員亦可隨時查閱相關計劃資料。
3. 能正確使用個人防護裝備 (Personal Protective Equipment, PPE)，包括：其 PPE 用途和限制、項目類型、正確使用方法、穿脫流程、清潔、去污等。
4. 雇主應有緊急應變計畫，包括：患者的急性處理和治療計劃、患者隔離流程、檢體處理流程、個人防護裝備和口罩及如何緊急除汙設施。
5. 當病人有症狀或徵象、疑似結核或罹患結核仍具傳染力時，應立即採行空氣隔離防護，儘早安置病人入住負壓隔離病室[13]。

## 結 論

長期照護機構中的老年人潛伏結核感染是導致高肺結核病罹患率的原因之一。因此必須對老年人結核病的控制和預防進行公共衛生策略性管

理，以消除結核病問題。而有效結核病感染管制措施應該建立在行政管理、環境控制及呼吸道防護三個基本架構，其中行政管理最為重要。因此配合國家政策積極加強接觸者追蹤及推行預防潛伏結核感染者的治療是長期照護機構未來結核病防治重要政策。

### 參考文獻

1. 衛福部疾管署 (2016, 12 月)。結核病統計資料：台灣歷年結核病發生監測統計圖。摘自 <http://61.57.41.133/uploads/files/201612/d733dd5c-0d59-4abb-985f-57616b4f78al.pdf>
2. Hochberg NS, Horsburgh CR: Prevention of tuberculosis in older adults in the United States: Obstacles and opportunities. *Clin Infect Dis* 2013;56:1240-7.
3. Rajagopalan S: Tuberculosis and aging: a global health problem. *Clin Infect Dis* 2001;33:1034-9.
4. Leung CC, Yew WW, Chan CK, et al: Tuberculosis in older people: a retrospective and comparative study from Hong Kong. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1219-26.
5. Zevallos M, Justman JE: Tuberculosis in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2003;19:121-38.
6. Lee JH, Han DH, Song JW, et al: Diagnostic and therapeutic problems of pulmonary tuberculosis in elderly patients. *J Korean Med Sci* 2005;20:784-9.
7. Chan CH, Woo J, Or KK, et al: The effect of age on the presentation of patients with tuberculosis. *Tuber Lung Dis* 1995;76:290-4.
8. Liaw YS, Yang PC, Yu CJ, et al: Clinical spectrum of tuberculosis in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:256-60.
9. Thrupp L, Bradley S, Smith P, et al: Tuberculosis prevention and control in long-term-care facilities for older adults. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004;25:1097-108.
10. Stead WW, Lofgren JP, Warren E, et al: Tuberculosis as an endemic and nosocomial infection among the elderly in nursing homes. *N Engl J Med* 1985;312:1483-7.
11. Scullion J: Tuberculosis and older people. *Nurs Older People* 2003;15:23-7.
12. CTCA: Guidelines for Prevention and Control of Tuberculosis in California Long Term Health Care Facilities (2013 May). Available [http://www.ctca.org/filelibrary/file\\_490.pdf](http://www.ctca.org/filelibrary/file_490.pdf). Guidelines
13. Centers for Disease Control and Prevention (2016, May). Chapter 7 Tuberculosis Infection Control. Available <https://www.cdc.gov/tb/education/corecurr/>.



# Recommendations for Prevention and Control of TB in California Long Term Health Care Facilities May 2013

Hsiu-Tzy Chiang<sup>1</sup>, Jung-Yien Chien<sup>2</sup>, Po-Ren Hsueh<sup>2</sup>, Yen-Ling Lu<sup>1</sup>, Yu-Hui Chen<sup>3</sup>,  
Li-Hung Wu<sup>4</sup>, Li-Hsiang Su<sup>5</sup>, Chun-Sui Lin<sup>6</sup>, Yin-Yin Cheng<sup>7</sup>, Min-Chi Lu<sup>8</sup>,  
Wen-Chien Ko<sup>9</sup>, Wang-Huei Sheng<sup>2</sup>, Mu-Yung Yen<sup>10</sup>, Yin-Ching Chuang<sup>11</sup>, Chi-Tai Fang<sup>2</sup>,  
Ming-Chih Yu<sup>12</sup>, Tsung-Ming Lee<sup>13</sup>, Yu-Ching Lan<sup>14</sup>, Ching-Tzu Hung<sup>15</sup>, Yen-Hsu Chen<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Mackay Memorial Hospital, <sup>2</sup>National Taiwan University Hospital, <sup>3</sup>Chi Mei Hospital,

<sup>4</sup>Show Chwan Memorial Hospital, <sup>5</sup>Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital,

<sup>6</sup>Linkou Chang Gung Memorial Hospital, <sup>7</sup>MingShan convalescent hospital,

<sup>8</sup>China Medical University Hospital, <sup>9</sup>National Cheng Kung University Hospital, <sup>10</sup>Taipei City Hospital,

<sup>11</sup>Liouying Chi Mei Hospital, <sup>12</sup>Taipei Municipal Wanfang Hospital, <sup>13</sup>St. Joseph's Hospital,

<sup>14</sup>China Medical University, <sup>15</sup>Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital,

Infection Control Society of Taiwan

Taiwan will become hyper-aged society by 2025. The incidence of tuberculosis (TB) in the elderly is higher than in any other age group. Moreover, atypical clinical manifestations may occur among elderly populations, leading to difficulties in diagnosis and prevention. Elderly populations with high incidences of TB, combined with a declining immune function, can activate latent TB infection (LTBI). Therefore, latent TB infection in the elderly is a major public health problem. The recommendations developed in this work include: an overview of TB (LTBI, symptoms and diagnosis of active pulmonary TB), reporting requirements, resident screening programs (new admission screening program, admissions for residents with known or suspected TB, readmission screening and resident recordkeeping), and healthcare worker (HCW) screening programs (new HCW TB symptom screening, annual HCW screening program, post-exposure HCW screening, retention of records, and TB education). The purpose of these recommendations is to provide a framework for infection control staff and long-term care providers for the design and implementation of screening programs for residents and employees with TB. Therefore, TB transmission may be reduced through the prompt detection and management of active TB cases.

**Key words:** Long-Term healthcare facilities, TB, Infection control