

Скринінгова анкета для виявлення туберкульозу (ТБ) у дітей

Анкета заповнюється батьком/опікуном/підлітком

Ім'я та прізвище: _____

Дата народження: _____

Країна народження: _____

Країна прибуття до Словенії: _____

1. Чи була дитина щеплена проти туберкульозу (вакцинація БЦЖ)?

- a) ТАК
- b) НІ
- c) НЕ ЗНАЮ

2. Чи лікується дитина зараз від туберкульозу?

- a) НІ
- b) ТАК

3. Чи хворіла дитина на туберкульоз у минулому?

- a) НІ
- b) ТАК

4. Чи був туберкульоз у когось із членів сім'ї дитини або чи контактувала дитина з хворим на туберкульоз?

- a) НІ
- b) ТАК; Хто: _____ Коли: _____

5. Чи була у дитини позитивна проба Манту чи позитивний аналіз крові на туберкульоз, але лікар не призначив лікування?

- a) НІ
- b) ТАК; Коли: _____

6. Чи є у дитини якісь із наступних симптомів, які тривають більше 2 тижнів:

- a) НІ
- b) ТАК

- без проблем зі здоров'ям
- кашель
- зменшення ваги тіла з невизначених причин
- підвищена втомлюваність та слабкість
- підвищення температури тіла
- задишка при незначному фізичному навантаженні
- втрата апетиту
- підвищена пітливість, особливо вночі
- збільшення периферичних лімфатичних вузлів
- біль у грудній клітці
- кровохаркання або відхаркування мокротиння

7. Чи є у дитини якісь із перелічених факторів, що підвищують ризик захворювання на туберкульоз:

- a) НІ
- b) ТАК

- прийом ліків, що послаблюють імунну відповідь
- первинні (вроджені) імунодефіцити
- ВІЛ-інфекція

Інструкції для батьків/опікунів

Якщо ви відповіли ТАК на будь-яке питання з 2 по 7, вашій дитині необхідно звернутися до лікаря. Зв'яжіться з нами:

Туберкульозний реєстр Республіки Словенія,

T: 04 256 93 63, E: register@klinika-golnik.si

Якщо ви відповіли НІ чи НЕ ЗНАЮ на питання 1 і на всі інші питання НІ, ми рекомендуємо вам прищепити вашу дитину від туберкульозу. Вакцинація є обов'язковою для дітей віком до 5 років, вакцинація рекомендується для дітей віком від 5 до 15 років. Зв'яжіться з нами:

Туберкульозний реєстр Республіки Словенія,

T: 04 256 93 63, E: register@klinika-golnik.si