

Presejalni vprašalnik za odkrivanje tuberkuloze (TB) pri otrocih

Vprašalnik izpolni skrbnik/mladostnik s pomočjo zdravstvenega delavca.

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Država rojstva: _____

Država prihoda v Slovenijo: _____

1. Ali je bil otrok cepljen proti TB (BCG cepljenje)?

- a) DA
- b) NE
- c) NE VEM

Prisotna brazgotina na rami (preveri zdravstveno osebje)

- a) DA
- b) NE

2. Ali se otrok trenutno zdravi zaradi TB?

- a) NE
- b) DA

3. Ali se je otrok v preteklosti zdravil zaradi TB?

- a) NE
- b) DA

4. Ali je imel ali ima otrokov družinski član TB oz., ali je bil otrok v stiku z osebo, ki je imela TB?

a) NE

b) DA; Kdo: _____ . Kdaj: _____

5. Ali je imel otrok kdaj pozitiven kožni in/ali krvni test za TB, vendar se zdravnik ni odločil za zdravljenja?

a) NE

b) DA; Kdaj: _____

6. Označite otrokove bolezenske težave, ki trajajo več kot 2 tedna:

- brez bolezenskih težav
- kašelj
- hujšanje oz. slabo pridobivanje telesne teže
- nepojasnjena utrujenost
- povišana telesna temperatura
- občutek težjega dihanje
- izguba apetita
- nočno znojenje
- povečane bezgavke
- bolečine v prsih
- izkašljevanje izmečka in/ali krvi

7. Ali ima otrok katerega koli od naštetih dejavnikov, ki povečajo tveganje za TB:

a) NE

b) DA

- jemanje zdravil, ki slabijo imunski odziv
- primarna imunska pomanjkljivost
- okuženost z virusom HIV

Kraj in datum pregleda: _____

Ustanova: _____

Zdravnik: _____