

Скринінгова анкета для виявлення туберкульозу (ТБ) у дітей

Анкета заповнюється батьком/опікуном/підлітком за допомогою медичного працівника.

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

Наявність шраму від щеплення на плечі (буде перевірено медичним працівником)?

- a) ТАК
- b) НІ

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. Вкажіть медичні проблеми вашої дитини, які тривають більше 2-х тижнів:

- 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

Дата та місце _____

Установа: _____

Лікар: _____