

Скрининг-анкета для выявления туберкулеза (ТБ) у детей

Анкета заполняется родителем/опекуном/подростком

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Страна рождения: _____

Из какой страны Вы въехали в Словению: _____

1. Был ли ребенок привит от туберкулеза (прививка БЦЖ)?

- a) ДА
- b) НЕТ
- c) НЕ ЗНАЮ

2. Лечится ли ребенок в настоящее время от туберкулеза?

- a) НЕТ
- b) ДА

3. Лечился ли ребенок от туберкулеза в прошлом?

- a) НЕТ
- b) ДА

4. Был ли туберкулез у кого-нибудь из членов семьи ребенка или контактировал ли ребенок с больным туберкулезом?

- a) НЕТ
- b) ДА; Кто: _____ . Когда: _____

5. Были ли у ребенка когда-либо положительные проба Манту и/или положительный анализ крови на туберкулез, но врач не принял решение о лечении?

- a) НЕТ
- b) ДА; Когда: _____

6. Есть ли у ребенка какие-нибудь из следующих симптомов, которые длятся более 2 недель:

a) НЕТ

b) ДА

- без проблем со здоровьем
- кашель
- потеря веса или плохая прибавка в весе
- необъяснимая усталость
- высокая температура
- ощущение нехватки воздуха
- потеря аппетита
- ночное потение
- увеличение лимфатических узлов
- боль в груди
- отхаркивание мокроты и/или крови

7. Есть ли у ребенка какие-либо из перечисленных факторов, повышающих риск заболевания ТБ:

a) НЕТ

b) ДА

- прием лекарств, ослабляющих иммунный ответ
- первичный (врожденный) иммунодефицит
- ВИЧ-инфекция

Инструкции для родителей/опекунов

Если вы ответили ДА на любой из вопросов со 2 по 7, вашему ребенку необходимо обратиться к врачу. Пожалуйста, свяжитесь с нами:

Туберкулезный регистр Республики Словения,

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

Если вы ответили НЕТ или НЕ ЗНАЮ на вопрос 1 и на все остальные вопросы НЕТ, мы советуем вам привить вашего ребенка от туберкулеза. Вакцинация обязательна для детей в возрасте до 5 лет, вакцинация рекомендуется для детей в возрасте от 5 до 15 лет. Пожалуйста, свяжитесь с нами:

Туберкулезный регистр Республики Словения,

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