

Questionnaire à destination du Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

NOM :

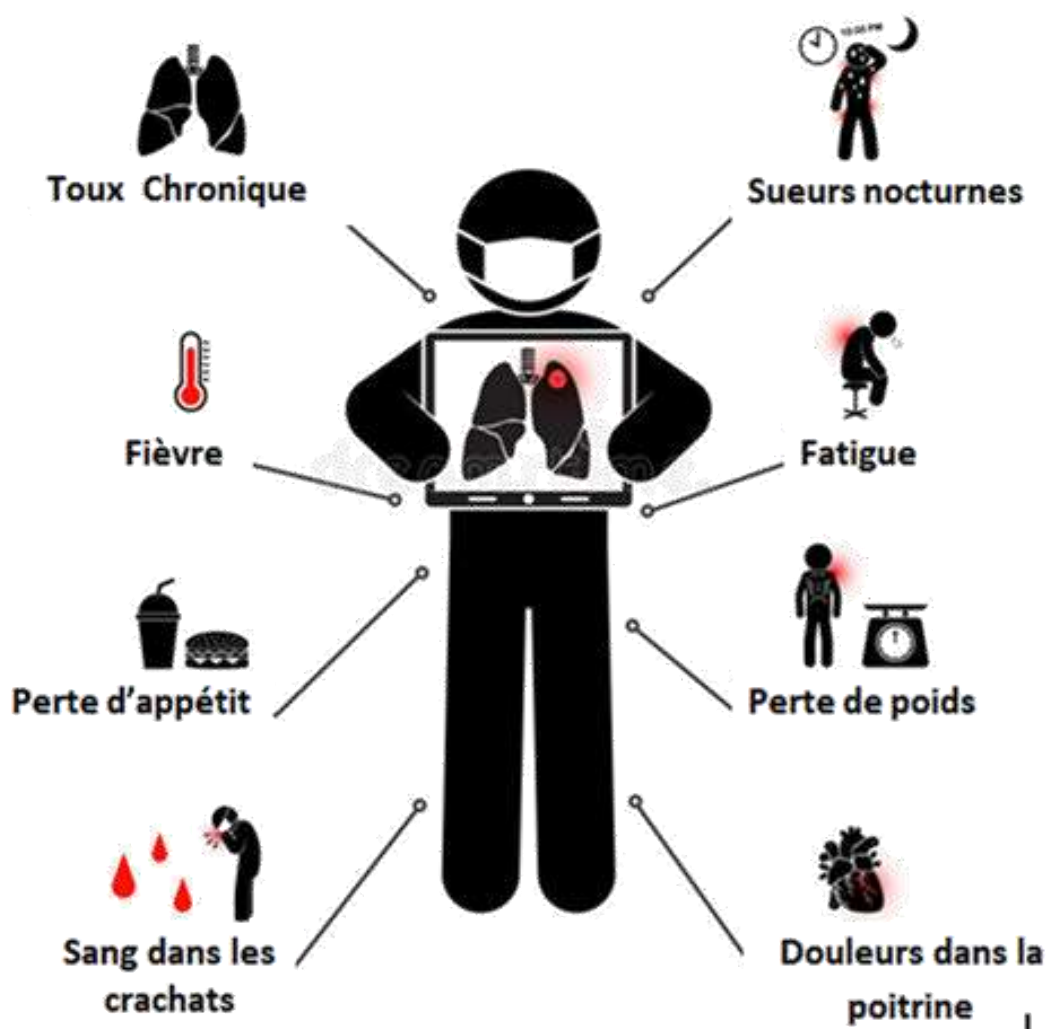
Date :

PRENOM

Lieu de Résidence :

DATE DE NAISSANCE :

- Présentez-vous un ou plusieurs de ces symptômes depuis plus de 3 semaines ?
Si oui, veuillez entourer le ou les symptômes dans la liste suivante :



▪ **Avez-vous déjà eu une Tuberculose ?** OUI NON Je ne sais pas

Si oui, quel était la localisation ?

Si oui, quand ?

Si oui, quels médicaments avez-vous pris ?

.....

.....

.....

Combien de temps a duré le traitement

▪ **Avez-vous déjà été au contact d'une personne atteinte de Tuberculose ?** OUI NON

Si oui, quand ?

Si oui, avec qui (famille, ami, voisin,...) ?.....

▪ **Quel est votre métier ? (si vous avez travaillé)**

▪ **Etes-vous vacciné contre la Tuberculose (BCG) ?** OUI NON Je ne sais pas

▪ **De quel pays êtes-vous originaire ? (France ou autre pays de naissance) ?**

.....

○ **Si vous êtes né hors de France, depuis quand êtes-vous en France ?**

.....

○ **Quel a été votre parcours migratoire ? Quels pays avez-vous traversé ?**

.....

.....

.....

.....

○ **Etes-vous déjà retourné dans votre pays d'origine ?** OUI NON Si oui, quand ?.....

▪ **Dans quels pays avez-vous voyagé ?**

.....

.....

.....

▪ **Fumez-vous ?** OUI NON Si oui, combien de cigarettes/jour ?

.....

- **Avez-vous des problèmes de santé ?** OUI NON

Si oui, lesquels ?
.....
.....

- **Prenez- vous des médicaments en ce moment ?**

Si oui, lesquels ?

- **Avez-vous déjà eu une Radio des Poumons ?** OUI NON Si oui quand ?.....

- **Quel est le nom de votre Médecin Généraliste ?**

.....

- **Avez-vous un médecin spécialiste ?**