

Анкета для Центру по боротьбі з туберкульозом

Дата :

Прізвище :

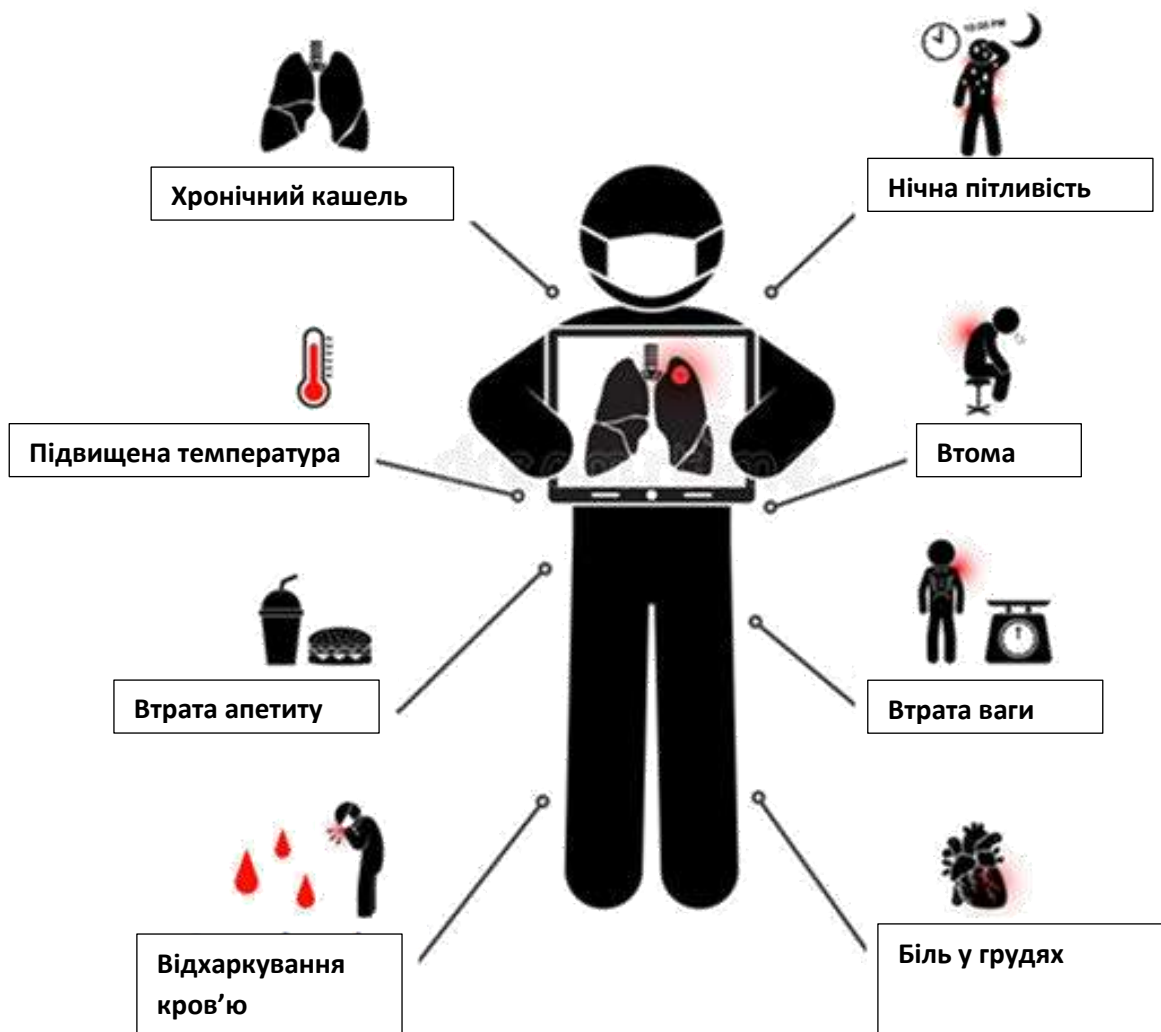
Дата :

Ім'я:

Місце проживання :

Дата народження :

- Чи присутній у вас один або декілька наступних симптомів уже більше 3 тижнів? Якщо так, обведіть, будь ласка, цей симптом/симптоми з наведеного нижче списку:



- У вас уже був туберкульоз ? ТАК НІ Я не знаю

Якщо ТАК, в якій країні ви знаходилися в той момент ?

.....

Якщоі ТАК, коли ?

.....

Якщо ТАК, які ліки ви приймали ?

.....
.....
.....

Як довго тривало лікування
.....

- Чи були ви вже в контактi з людиною, хворою на туберкульоз? ТАК НІ

Якщо ТАК, коли ?

.....

Якщо ТАК, з ким (родичі, друзі,

сусіди,...) ?.....

- Чи робили вам щеплення від туберкульозу БЦЖ ? ТАК НІ Я не знаю

- З якої країни ви родом ? (Франція або інша країна) ?

.....

- Якщо ви народилися не у Франції, як давно ви у Франції?

.....

- Як ви сюди доїхали ? Через які країни проїжджали?

.....
.....

- Чи поверталися ви вже в свою рідну країну ? ТАК НІ Якщо ТАК, коли ?.....

- Ви палите ? ТАК НІ Якщо ТАК, скільки сигарет в день ?

- У вас є проблеми зі здоров'ям ? ТАК НІ

Якщо ТАК, які ?

- Ви зараз приймаєте ліки ?

Якщо ТАК, які ?

- Вам уже робили рентген легенів ? ТАК НІ Якщо ТАК, коли?.....

