

استبيان مخصص لمركز مكافحة السل

التاريخ:

مكان الإقامة:

اسم العائلة (اللقب):

الاسم:

تاريخ الولادة:

- هل يظهر لديك أحد أو أكثر من واحد من هذه الأعراض منذ أكثر من 3 أسابيع؟
إن كانت الإجابة نعم: أخط العرض أو الأعراض بدائرة على اللانحة التالية:



هل أصبت مسبقاً بالسل؟

نعم لا لا أعرف

إن كانت الإجابة نعم، أين كان ذلك؟

إن كانت الإجابة نعم، متى؟

إن كانت الإجابة نعم، ما الأدوية التي أخذتها؟

كم من الوقت دام العلاج

هل كنت في السابق على اتصال مع شخص مصاب بالسل؟

إن كانت الإجابة نعم، متى؟

إن كانت الإجابة نعم، مع من (أحد أفراد العائلة، صديق، جار...)?

هل أنت ملقح ضد السل (لقاح : ب ث ج BCG)؟

نعم لا لا أعرف

من أي بلد أنت؟

منذ متى وأنت في فرنسا

ما كان مسار هجرتك؟ ما هي البلدان التي قطعتها؟

هل رجعت إلى بلدك الأصل بعد ذلك؟

نعم لا إن كانت الإجابة نعم، متى؟

هل تدخن؟

نعم لا إن كانت الإجابة نعم، ما الكمية؟

هل لديك مشاكل صحية؟

نعم لا

إن كانت الإجابة نعم، ما هي؟

هل تأخذ الأدوية حالياً؟

إن كانت الإجابة نعم، ما هي؟