

Вопросник для центра борьбы с туберкулёзом

ФАМИЛИЯ :

Дата :

ИМЯ :

Место проживания :

ДАТА РОЖДЕНИЯ :

- Проявлялись ли у вас один или многие из следующих симптомов в течении трёх последних недель?
Если да, то подчеркните симптом или симптомы из следующего списка :



- **Болели ли вы когда либо туберкулёзом?**

ДА НЕТ Не знаю

Если да, какая была локализация?

Если да, когда?

Если да, какие лекарства вы принимали?

Как долго длилось лечение

- **Были ли вы в контакте с больным туберкулёзом?**

Если да, когда?

Если да, с кем (семья, друг, сосед, итд) ?.....

- **Делали ли вам прививки против туберкулёза (БЦЖ) ?**

ДА НЕТ Не знаю

- **Из какой страны вы родом ?**

- **С каких пор вы проживаете во Франции ?**

- **Какой был ваш маршрут миграции ? Через какие страны вы проезжали?**
.....

- **Возвращались ли вы в вашу страну ?**

ДА НЕТ Если да, когда?

.....

- **Вы курите?**

ДА НЕТ Если да, сколько?

- **Имеете ли вы проблемы со здоровьем?**

ДА НЕТ

Если да, какие ?

.....

- **Принимаете ли вы лекарства на данный момент?**

Если да, какие ?