



DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

Jméno a příjmení dítěte _____

Datum narození dítěte _____ Číslo pojištěnce (bylo-li přiděleno) _____

Název/kód zdravotní pojišťovny: _____

I. ČÁST – VYPLŇUJE ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu. Zaškrtněte:

☐ Ano

☐ Ne/není mi známo

Dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval mimo Českou republiku. Zaškrtněte:

☐ Ano

Pokud **ano**, v jakém státě (vyjmenujte všechny státy)

☐ Ne/není mi známo

Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou. Zaškrtněte:

☐ Ano

☐ Ne/není mi známo

Bylo prováděno šetření ohledně TBC u osob, se kterými bylo dítě v kontaktu. Zaškrtněte:

☐ Ano

☐ Ne/není mi známo

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte _____

Datum _____ Podpis zákonného zástupce dítěte _____

II. ČÁST – VYPLŇUJE LÉKAŘ

Dítě má indikaci k očkování proti tuberkulóze podle přílohy č. 3 k vyhlášce č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. Zaškrtněte:

☐ Ano

☐ Ne/není mi známo

Jméno a příjmení lékaře _____

Datum _____ Podpis lékaře _____

Razítko zdravotnického zařízení