



DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

QUESTIONNAIRE TO DEFINE THE RISK OF TUBERCULOSIS INFECTION

Name and surname of the child _____

Date of birth _____ Insurance number (if insured) _____

Name/code of insurance company _____

PART I – THE CHILD’S GUARDIAN FILLS IN

One or both of parents of the child, or it’s sibling, or member of the household, where the child lives has/had an active tuberculosis. Put a tick:

☐ Yes ☐ No/I’m not aware

One or both of parents of the child, or it’s sibling, or member of the household, where the child lives was born, or lives/had lived outside Czech republic for more than 3 months continuously. Put a tick:

☐ Yes ☐ No/I’m not aware

If **yes**, in which state (name all of them)

The child has been in contact with a person, who had tuberculosis. Put a tick:

☐ Yes ☐ No/I’m not aware

Tuberculosis investigation has been carried out by person the child had been in contact with. Put a tick:

☐ Yes ☐ No/I’m not aware

Name and surname of the child’s guardian _____

Date _____ Guardian’s signature _____

PART II – PHYSICIAN FILLS IN

The child has an indication for vaccination against tuberculosis according to the annex No.3 to decree No.537/2006 about vaccination against infectious diseases. Put a tick:

☐ Yes ☐ No/I’m not aware

Physician’s name and surname _____

Date _____ Physician’s signature _____

Stamp of medical institution

DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

Jméno a příjmení dítěte _____

Datum narození dítěte _____ Číslo pojištění (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