



DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

Опитувальник для визначення ступеню ризику захворювання на туберкульоз

Ім'я та прізвище дитини _____

Дата народження дитини _____ Номер застрахованого/ї (якщо є) _____

Назва/код страхової компанії _____

1 ЧАСТИНА – ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЗАКОННИМ ПРЕДСТАВНИКОМ ДИТИНИ

Один з батьків або обидва батьки дитини або член сім'ї, з яким разом проживає дитина, мав/має активну форму туберкульозу. Відповідь позначте хрестиком (внизу).

☐ Так ☐ Ні /Мені не відомо

Дитина, один або обидва батьки дитини, рідний брат чи сестра дитини або член сім'ї, з яким разом проживає дитина, народився позам межами Чеської Республіки або перебував за її межами довше, ніж три місяці підряд. Відповідь позначте хрестиком (внизу).

☐ Так Якщо **так**, вкажіть, в якій країні (перелічіть всі країни) ☐ Ні /Мені не відомо

Дитина була в контакті з хворим на туберкульоз. Відповідь позначте хрестиком (внизу).

☐ Так ☐ Ні /Мені не відомо

Осіб, що були в контакті з дитиною, було обстежено на наявність туберкульозу. Відповідь позначте хрестиком (внизу).

☐ Так ☐ Ні /Мені не відомо

Ім'я та прізвище законного представника дитини _____

Дата _____ Підпис законного представника дитини _____

2 ЧАСТИНА – ЗАПОВНЮЄ ЛІКАР.

Дитина має показання до щеплення проти туберкульозу згідно з ч. 3 Постанови №537/2006 36. про щеплення проти інфекційних хвороб. Відповідь позначте хрестиком (внизу).

☐ Так ☐ Ні /Мені не відомо

Ім'я та прізвище лікаря _____

Дата _____ Підпис лікаря _____

Печатка медичної установи



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