



DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

BÁŇG CÂU HỎI ĐỂ XÁC ĐỊNH NGUY CƠ BỆNH LAO

Họ và tên của trẻ _____

Ngày tháng năm sinh _____ Số của người được bảo hiểm y tế (nếu có) _____

Tên/mã đơn vị bảo hiểm y tế _____

PHẦN I. DO NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ CHO TRẺ ĐIỀN.

1. Một hoặc cả hai bố mẹ trẻ hoặc anh chị em của trẻ hoặc một thành viên cùng sống trong gia đình với trẻ đã từng hoặc hiện mắc bệnh lao. Hãy đánh dấu vào ô:

☐ Có hoặc ☐ Không/không biết

2. Đứa trẻ, một hoặc cả hai bố mẹ trẻ hoặc anh chị em của trẻ hoặc một thành viên cùng sống trong gia đình với trẻ, được sinh ra ở ngoài Séc hoặc sống ở ngoài Séc một thời gian hơn 3 tháng. Hãy đánh dấu vào ô:

☐ Có. Nếu có thì đó là nước nào, hãy kể tên nước đó. Hoặc ☐ Không/không biết

3. Đứa trẻ đã từng tiếp xúc với người bị lao. Hãy đánh dấu vào ô:

☐ Có hoặc ☐ Không/không biết

4. Đối với những người mà đứa trẻ tiếp xúc có được kiểm tra bệnh lao không. Hãy đánh dấu vào ô:

☐ Có hoặc ☐ Không/không biết

Họ và tên người đại diện pháp lý cho trẻ _____

Ngày tháng năm _____ Chữ ký của người đại diện pháp lý cho trẻ _____

PHẦN II. DO BÁC SĨ ĐIỀN

Đứa trẻ phải tiêm chủng phòng chống bệnh lao theo phụ lục số 3 kèm công bố của bộ luật số 537/2006 về tiêm chủng phòng chống bệnh truyền nhiễm, bản quy định mới nhất. Hãy đánh dấu vào ô:

☐ Có hoặc ☐ Không/không biết

Họ và tên bác sĩ _____

Ngày tháng năm _____ Chữ ký của bác sĩ _____

Dấu của cơ sở y tế

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