

Анкета для визначення ризику туберкульозу

Ім'я та прізвище дитини:	Персональний номер (номер застрахованої особи):
Дата народження дитини: (якщо немає персонального номера)	Код медичної страхової компанії:
Адреса постійного проживання дитини: (або інша адреса)	

I. частина — заповнює законний представник дитини

1. Один або обидва батьки дитини або брат чи сестра дитини, або член сім'ї, в якій проживає дитина, мав/мала активну форму туберкульозу:	
☐ Так	☐ Ні / не знаю
2. Дитина, один або обидва батьки дитини або брат чи сестра дитини, або член сім'ї, в якій проживає дитина, народився або постійно проживає/проживав довше ніж 3 місяці за межами Чеської Республіки:	
☐ Так; зазначте, в якій країні (назвіть усі країни)	☐ Ні / не знаю
3. Дитина була в контакті з хворим на туберкульоз:	
☐ Так	☐ Ні / не знаю
4. Проводилось обстеження на туберкульоз людей, з якими дитина була в контакті:	
☐ Так	☐ Ні / не знаю
Ім'я та прізвище законного представника дитини:	Ім'я лікаря-педіатра загальної практики:
Контактний телефон законного представника:	Контактний телефон лікаря-педіатра загальної практики:
Дата:	Підпис законного представника:

II. частина — заповнює лікар

1. Дитина має показання до вакцинації проти туберкульозу згідно з додатком № 2 до постанови № 537/2006 Зб., про вакцинацію проти інфекційних хвороб, в редакції подальших змін і доповнень:	
☐ Так	☐ Ні
Дата:	Особиста печатка, підпис лікаря: