

## АНКЕТА НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Шановний пацієнт,

Туберкульоз (ТБ) це поширене захворювання легенів. Він передається при тісному і тривалому контакті з людиною яка хвора на активний туберкульоз. Активний туберкульоз можна легко вилікувати даними антибіотиками.

Латентний туберкульоз можна виявити за допомогою аналізу крові у меншій кількості людей які були в контакті з активним туберкульозом. Це може бути ваш випадок. У цьому випадку пропонується лікування що запобігає виникненню активного туберкульозу. Ця анкета допоможе вашому лікарю прийняти правильне рішення щодо вашого здоров'я. Будь ласка заповніть його самостійно або з допомогою і поверніть лікарю який вас прийме.

Ми завжди готові відповісти на ваші любі запитання.

Ім'я Прізвище .....  
 День народження .....  
 Номер телефону .....

Сімейний лікар .....  
 Пневмолог .....  
 Дата .....

### МОЯ ОСОБИСТА МЕДИЧНА ІСТОРІЯ

	Так	Ні	Не знаю
Діабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ангіна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інші серцевні захворювання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Захворювання на печінку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Захворювання на нирки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гіпертонія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВІЛ (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Головні інші дані : .....

Моя країна народження: .....

Я живу в західній Європі з (місць/ рік) : .....

### МОЇ СИМПТОМИ

(ЗА ОСТАННІХ 8 ТИЖНІВ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ)

	Так	Ні	Не знаю
Кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Відхаркування	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Утома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Втрата ваги > 2 кг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Зменшення апетиту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Висока температура	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інші	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Які .....			

**МОЯ МЕДИЧНА ІСТОРІЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ  
(У МЕНЕ Є СЛІДУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ )**

---

	Так	Ні	Не знаю
Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хронічний бронхіт, емфізема, ХОЗЛ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хронічний синусит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Респіраторні інфекції в дитинстві	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Курець чи колишній курець	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я вже лікувався від туберкульозу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Близькі люди (сім'я, друзі, колеги тощо) хворіли або хворіють на туберкульоз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На протязі останніх 12 місяців я перебував у тісному контактi (в одній кімнаті протягом 8 годин або більше) з хворою людиною на туберкульоз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**ТЕПЕРІШНЄ ЛІКУВАННЯ**

---

Препарат	Доза
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

*Дуже вам вдячні що заповнили цю анкету.*