

Національний реєстраційний номер: - (десять цифр)

Ім'я:

Місце роботи/адреса:

Телефонний номер: Номер мобільного телефону:

Декларація про стан здоров'я щодо туберкульозу у вагітних

Позначте х у полі або квадратах, які, на вашу думку, правильні.

1. Чи є у вас один або кілька з наведених нижче симптомів?

- ☐ Тривалий кашель більше 6 тижнів
- ☐ Лихоманка
- ☐ Втрата ваги більше 5 кг за 6 місяців
- ☐ Ні, у мене немає жодного з перерахованих вище симптомів

2. Чи був у вас туберкульоз?

- ☐ Так/Ja ☐ Ні/Nej ☐ Не знаю/Vet ej

3. Чи ваш родич чи інший близький контакт хворів на туберкульоз чи перевірявся на підозру на туберкульоз?

- ☐ Так/Ja ☐ Ні/Nej ☐ Не знаю/Vet ej

Якщо так, то хто і коли:

4. Ви народилися за межами Швеції?

- ☐ Так/Ja ☐ Ні/Nej

Якщо так, то в якій країні ви народилися і скільки часу там прожили?

5. Ви перебували протягом тривалого періоду (більше трьох місяців) у країні за межами Західної Європи/Північної Америки/Австралії?

- ☐ Так/Ja ☐ Ні/Nej

Якщо так, то де і як довго?

6. Ви вакциновані БЦЖ?

- ☐ Так/Ja ☐ Ні/Nej ☐ Не знаю/Vet ej

Якщо так, то чи вам відомо де і коли?