

Персональный номер: (десять цифр)

Имя:

Рабочее место/адрес:

Телефон: Мобильный телефон:

Декларация о здоровье относительно туберкулеза у беременных женщин

Поставьте «х» в соответствующем поле, чтобы дать утвердительный ответ.

1. Наблюдается ли у вас один или более из нижеуказанных симптомов?

- Непрекращающийся кашель на протяжении более чем 6 недель.
 Температура
 Потеря веса (более 5 килограммов за 6 месяцев)
 Нет, ни одного из этих симптомов у меня не наблюдается.

2. У вас когда-нибудь был туберкулез?

- Да/Ja Нет/Nej Не знаю/Vet ej

3. Есть ли у вас родственники или близкие контакты, у которых был туберкулез или подозрение на туберкулез?

- Да/Ja Нет/Nej Не знаю/Vet ej

Если да, то кто и когда: _____

4. Вы родились за пределами Швеции?

- Да/Ja Нет/Nej

Если да, то в какой стране вы родились и как долго там проживали? _____

5. Проживали ли вы в течение долгого периода времени (более трех месяцев) в стране за пределами Западной Европы/Северной Америки/Австралии?

- Да/Ja Нет/Nej

Если да, то где и как долго? _____

6. Были ли вы вакцинированы от туберкулеза?

- Да/Ja Нет/Nej Не знаю/Vet ej

Если да, где именно и когда? _____