

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 x 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? \_\_\_\_\_