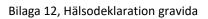




الملحق 2 وحدة الحماية من انتشار العدوى، بجهة فيستيربوتن
التصريح الصحي بالنسبة للحوامل
الرقم الشخصي:
الاسم: اللغة الأم:
مكان العمل/العنوان:
قِم الهاتف:قم المحمول:
التصريح الصحي بخصوص داء السل، بالنسبة للحوامل ضع علامة x في الخانة أو الخانات، التي تراها صحيحة.
ضع علامة x في الخانة او الخانات، التي تراها صحيحة.
م کیا کی اور
1. هل لديك واحد أو أكثر، من الأعراض الآتية؟
السعال المتواصل، لأكثر من $6$ أسابيع.
□ الحمى من وقت لأخر.
<ul> <li>□ النحافة، لأكثر من 5 كيلو جراماً في 6 أسابيع.</li> </ul>
□ لا، ليس لدي أي من الأعراض السابقة.
2. هل تعرضت أنت شخصيًا لداء السل؟
□ نعم □ لا أعرف





3. هل هناك شخص آخر ، كنت تسكن معه، أو شخص قريب منك (الأجداد مثلا)،
كان مصاباً بداء السل؟
□ نعم □ لا أعرف
إذا كان الجواب بنعم، أذكر مَنْ ومتى:
4. هل أنت مولود في السويد؟
□ نعم
إذا كان الجواب لا، كم المدة التي قضيتها في بلد الولادة؟
5. هل كنتَ لمدة طويلة (أكثر من ثلاثة أشهر) في بلد خارج أروبا الغربية أو
أمريكا الشمالية أو أستراليا؟
□ نعم □ لا
إذا كان الجواب نعم، أين وكم المدة؟
6. هل أخذتَ تلقيح اله بي. سي. جي (التلقيح ضد داء السل)؟
□ نعم □ لا أعرف
إذا كان الجواب بنعم، هل تعرف أين ومتى؟