

شماره شناسائی فردی:-..... (ده رقم)

نام:

محل کار/ آدرس

شماره تلفن: شماره تلفن همراه:

اظہارنامہ تندرستی از لحاظ بیماری سیل برای بارداران

در چهارخانه یا چهارخانه هایی که بنظرتان صدق می کنند ضربدر بزنید.

1- آیا یک یا چند تا از علائم زیر را دارید؟

سُرْفه های طولانی تر از 6 هفته

تب

کم شدن وزن، بیش از 5 کیلو در مدت 6 ماه

نخیر، من هیچیک از علائم بالا را ندارم

2- آیا شما خودتان بیماری سیل داشته اید؟

بله Ja نخیر Nej نمی دانم Vet inte

3- آیا از خویشاوندان یا نزدیکان شما کسی بیماری سیل داشته یا بعلت مشکوک بودن به داشتن بیماری سیل تحت کنترل

بوده است؟

بله Ja نخیر Nej نمی دانم Vet inte

اگر بله، چه کسی و چه موقع: _____

4- آیا شما متولد خارج از سوئد هستید؟

بله Ja نخیر Nej

اگر بله، در کدام کشور متولد شده اید و چه مدت در وطن خود بسر برده اید؟

5- آیا برای مدتی طولانی (بیش از سه ماه) در کشوری خارج از اروپای غربی/ آمریکای شمالی/ استرالیا بسر برده اید؟

بله Ja نخیر Nej

اگر بله، چه مدت؟ _____

6- آیا واکسن ب.ث.ژ (سیل) زده اید؟

بله Ja نخیر Nej نمی دانم Vet inte

اگر بله، می دانید کجا و چه سالی واکسینه شده اید؟
