

الملحق 2 وحدة الحماية من انتشار العدوى، بجهة فيستيريوتن

التصريح الصحي بالنسبة للحوامل

الرقم الشخصي:-..... (عشرة أرقام) التاريخ:

الاسم: اللغة الأم:

مكان العمل/العنوان:

رقم الهاتف: رقم المحمول:

التصريح الصحي بخصوص داء السل، بالنسبة للحوامل ضع علامة x في الخانة أو الخانات، التي تراها صحيحة.

1. هل لديك واحد أو أكثر، من الأعراض الآتية؟

السعال المتواصل، لأكثر من 6 أسابيع.

الحمى من وقت لآخر.

النحافة، لأكثر من 5 كيلو جراماً في 6 أسابيع.

لا، ليس لدي أي من الأعراض السابقة.

2. هل تعرضت أنت شخصياً لداء السل؟

نعم لا لا أعرف

3. هل هناك شخص آخر، كنت تسكن معه، أو شخص قريب منك (الأجداد مثلاً)،

كان مصاباً بداء السل؟

□ نعم □ لا □ لا أعرف

إذا كان الجواب بنعم، أذكر من ومتى: _____

4. هل أنت مولود في السويد؟

□ نعم □ لا، أذكر في أي بلد؟ _____

إذا كان الجواب لا، كم المدة التي قضيتها في بلد الولادة؟ _____

5. هل كنت لمدة طويلة (أكثر من ثلاثة أشهر) في بلد خارج أوروبا الغربية أو

أمريكا الشمالية أو أستراليا؟

□ نعم □ لا

إذا كان الجواب نعم، أين وكم المدة؟ _____

6. هل أخذت تلقيح الـ بي. سي. جي (التلقيح ضد داء السل)؟

□ نعم □ لا □ لا أعرف

إذا كان الجواب بنعم، هل تعرف أين ومتى؟ _____