DOTAZNÍK K DEFINICI RIZIKA TUBERKULÓZY

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození dítěte: ..... Číslo pojištěnce (bylo-li přiděleno): .....

Název/Kód zdravotní pojišťovny: .....

A. část – vyplňuje zákonný zástupce dítěte

1. Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu. Zakroužkujte správnou odpověď:

   ☐ **ANO** ☐ **NE/Není mi známo**

2. Dítě, jeden nebo z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval mimo Českou republiku. Zaškrtněte:

   ☐ **ANO** ☐ **NE/Není mi známo**

   (pokud ano, v jakém státě -vyjmenujte všechny státy)

   .....

3. Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou. Zaškrtněte:

   ☐ **ANO** ☐ **NE/Není mi známo**

4. Bylo prováděno šetření ohledně TBC u osob, se kterými bylo dítě v kontaktu. Zaškrtněte:

   ☐ **ANO** ☐ **NE/Není mi známo**

Čestné prohlášení zákonného zástupce dítěte: Svým podpisem potvrzuji, že výše uvedené osobní údaje a informace jsou pravdivé, přesné a úplné.

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte .....

V ……, dne…… Podpis zákonného zástupce dítěte .....
.

B. část – vyplňuje lékař

Dítě má indikaci k očkování proti tuberkulóze podle přílohy č.2 k vyhlášce č. 537/2006Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. Zaškrtněte:

☐ **ANO** ☐ **NE/Není mi známo**

Jméno a příjmení lékaře: .....

Datum..... Podpis.....