



Folkhälsomyndigheten

Питання для батьків перед вакцинацією проти туберкульозу

Персональний номер

дитини _____

Ім'я дитини _____

Ім'я одного з батьків _____

Дата _____

Обведіть відповідь нижче:

1. Ваша дитина була за кордоном? Якщо так, то де? _____

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

2. Ваша дитина зараз хворіє або має підвищену температуру?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

3. Ваша дитина протягом останнього місяця проходила вакцинацію від кору, паротиту, краснухи, вітряної віспи?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

4. Чи є хтось в родині або оточенні, хто в даний час хворіє на туберкульоз або проходить обстеження на туберкульоз?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

5. Чи є в родині або серед близьких родичів дитина, що страждає імунodefіцитом, або чи були у дитини брати або сестри, які померли у віці до 2 років від хвороби?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

6. Чи є в родині дитини хтось, хто вживає ліки, що знижують імунітет?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

7. Чи приймала мати дитини під час вагітності ліки, що послаблюють імунну систему?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

8. Чи є у вашої дитини якесь хронічне захворювання або синдром?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

9. У вашої дитини були довготривалі ознаки респіраторних або шкірних інфекцій (незалежно від тяжкості), або інфекції, при яких дитина потребувала стаціонарного лікування?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ

10. Ваша дитина протягом останнього місяця приймала таблетки кортизону або будь-які ліки, що знижують імунітет?

ТАК

НІ

НЕ ЗНАЮ



Folkhälsomyndigheten

Exempel på frågeformulär inför BCG-vaccination

Frågor till föräldrar inför vaccination mot tuberkulos

Barnets personnummer _____

Barnets namn _____

Förälders namn _____

Datum _____

Ringa in ditt svar nedan:

1. Har ditt barn varit utomlands? I så fall var? _____

JA

NEJ

VET EJ

2. Har ditt barn just nu feber eller är påverkad av sjukdom?

JA

NEJ

VET EJ

3. Har ditt barn under den senaste månaden vaccinerats mot mässling, påssjuka, röda hund, vattkoppor?

JA

NEJ

VET EJ

4. Finns det någon i familjen eller omgivning som just nu har tuberkulos eller utreds för tuberkulos?

JA

NEJ

VET EJ

5. Finns det något barn i familjen/nära släkt som har en immunbristsjukdom eller finns det syskon som dött under 2 års ålder av sjukdom?

JA

NEJ

VET EJ

6. Finns det någon i barnets hushåll som äter mediciner som sänker immunförsvaret?

JA

NEJ

VET EJ

7. Har den födande föräldern under graviditeten tagit medicin som försvagar immunförsvaret?

JA

NEJ

VET EJ

8. Har ditt barn någon kronisk sjukdom eller syndrom?

JA

NEJ

VET EJ

9. Har ditt barn haft tecken på luftvägsinfektioner eller hudinfektioner som inte givit med sig (långdragna besvär oavsett allvarlighetsgrad), eller haft infektioner där barnen behövt inneliggande vård.

JA

NEJ

VET EJ

10. Har ditt barn under den senaste månaden behandlats med kortisonpiller eller någon medicin som sänker immunförsvaret?

JA

NEJ

VET EJ

Denna sida är till BHV-sjuksköterska:

11. Har barnet envist svårt kliande eksem eller svår torsk (candidainfektion) i munnen/blöjregionen som inte svarar på behandling?

JA

NEJ

VET EJ

12. Har barnet besvär med sin tillväxt utan tydlig orsak?

JA

NEJ

VET EJ

Om JA på fråga 2 eller 3 vänta minst 4 veckor med BCG-vaccination.

Om JA på någon av frågorna 4-12 bör barnet ges en läkartid för bedömning.