

## Dotazník k definici rizika tuberkulózy

Jméno a příjmení dítěte .....

Datum narození dítěte..... Číslo pojištění (bylo-li přiděleno) .....

Název/kód zdravotní pojišťovny: .....

### **I. část – vyplňuje zákonný zástupce dítěte**

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

Ano    Ne/není mi známo

Dítě, jeden nebo oba 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    Pokud ano, v jakém státě (vyjmenujte všechny státy)    Ne/není mi známo

.....

Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou. Zaškrtněte:

Ano    Ne/není mi známo

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

Ano    Ne/není mi známo

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte .....

Datum .....                      Podpis zákonného zástupce dítěte .....

### **II. část – vyplňuje lékař**

Dítě má indikaci k očkování proti tuberkulóze podle přílohy č. 3 k vyhlášce č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. Zaškrtněte:

Ano                      Ne

Jméno a příjmení lékaře .....

Datum.....                      Podpis lékaře .....

Razítko zdravotnického zařízení