

Gezondheidsvragenlijst screening immigranten (THT / IGRA)

Deze lijst is bestemd voor degene die wordt onderzocht. Bij jonge kinderen wordt het ingevuld door de ouders.

| | Ja | Nee | Weet niet |
|---|----|-----|-----------|
| 1. Heeft u ooit tuberculose (tbc) gehad? Zo ja, wanneer? | | | |
| 2. Heeft u contact gehad met iemand met longtuberculose? | | | |
| 3. Heeft u eerder een tbc-huidtest (Mantoux) gehad? Zo ja, wanneer? Uitslag: wel reactie /geen reactie/onbekend | | | |
| 4. Heeft u eerder een bloedonderzoek op tbc gehad (IGRA)? Zo ja, wanneer? Uitslag: positief/negatief/onbekend | | | |
| 5. Bent u ingeënt tegen tuberculose (BCG vaccinatie)? Zo ja, wanneer? | | | |
| 6. Heeft u in de afgelopen 6 weken een andere vaccinatie gehad? Zo ja, welke en wanneer? | | | |
| 7. Heeft u gezondheidsklachten? Zo ja heb je één of meer van de volgende klachten? | | | |
| – Hoesten (langer dan 3 weken) | | | |
| – Koorts (meer dan 38 °C) | | | |
| – Nachtzweeten | | | |
| – Gewichtsverlies | | | |
| – Slechte groei/afwijkende groeicurve | | | |
| 8. Bent u of was u ooit onder behandeling van een kinderarts of andere specialist? Zo ja, welke specialist? Waarvoor?..... Wanneer? | | | |
| 9. Bent u ooit getest op HIV/Aids? Zo ja, wanneer en wat was de uitslag (positief/negatief/onbekend)? | | | |
| 10. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke? | | | |

Gegevens van deze vragenlijst worden uitsluitend voor medische doeleinden gebruikt en zullen aan het medisch dossier worden toegevoegd.

Naar waarheid ingevuld,

Datum:

Handtekening:

Health questionnaire tuberculosis (TB) screening immigrants

This questionnaire is intended for the person who is checked. In young children it is completed by the parents/guardians.

| | Yes | No | Unknown |
|--|-----|----|---------|
| 1. Have you ever suffered from TB? If Yes; When (year) | | | |
| 2. Have you been in contact with someone with lung TB? | | | |
| 3. Did you ever have a tuberculin skin test (TST) for TB performed? If Yes; When (year) What was the result? Positive/ negative/unknown (circle the correct answer) | | | |
| 4. Did you ever have a blood test for TB? If Yes; When (year)..... What was the result? Positive/negative/unknown (circle the correct answer) | | | |
| 5. Did you receive a BCG vaccination (vaccine for TB) If Yes; When (year) | | | |
| 6. Did you have any other vaccination <u>during the past 6 weeks</u>? If Yes; Name of vaccination When? | | | |
| 7. Do you have any symptoms? If yes; do you have one or more of the following symptoms? | | | |
| – Coughing (longer than 3 weeks) | | | |
| – Fever (>38 °C Celsius />100.4 Fahrenheit) | | | |
| – Night sweats | | | |
| – Weight loss | | | |
| – Poor growth/ abnormal growth curve | | | |
| 8. Have you ever been treated by a specialist? If Yes; what kind of specialist?..... What for?..... When (year)? | | | |
| 9. Have you ever been tested for HIV? If Yes; when (year)..... What was the result? Positive/ negative/unknown (circle the correct answer) | | | |
| 10. Are you currently using any medication? If yes; please write names of medication | | | |

The information of this questionnaire is confidential and will be exclusively used for medical purposes. The information will be added to your medical file.

I hereby declare that the above information is true to the best of my ability,

Date: _____

Signature: _____