



MINISTERO  
DELL'INTERNO

استبيان لجمع بيانات السيرة المرضية ومراقبة المتلازمات

اللقب والاسم \_\_\_\_\_ مولود بتاريخ \_\_\_\_\_

في \_\_\_\_\_ مقيم في \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_

			Score	
1	هل سبق أن أصيب أي شخص في عائلتك/متعايش بمرض السل قبل العامين الماضيين؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	2	
2	هل كان لديك اتصال وثيق مع حالات السل في العامين الماضيين؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	3	
3	هل سبق أن تم تشخيص إصابتك بمرض السل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	3	
4	هل تتلقى حاليًا علاجًا من مرض السل أم أنك كنت تتناول أدوية عندما غادرت أوكرانيا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4	
5	هل عانيت من السعال منذ أسبوعين على الأقل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	3	
6	هل عانيت من الحمى منذ أسبوع على الأقل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	2	
7	هل لديك تعرق ليلي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	1	
8	هل فقدت الوزن في الأشهر الثلاثة الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	1	
9	هل تعاني من ألم في الصدر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	2	
		المجموع		