



MINISTERO  
DELL'INTERNO

### Cuestionario para la obtención de datos de anamnesis y vigilancia sindrómica.

Apellidos y nombre \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ Residente en \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

			Score	
1	¿Alguno de sus familiares/pareja ha padecido alguna vez tuberculosis antes de los últimos 2 años?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	2	
2	¿Ha tenido contacto estrecho con casos de tuberculosis en los últimos dos años?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	3	
3	¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	3	
4	¿Está usted actualmente siendo tratado por tuberculosis o estaba siendo medicado cuando salió de Ucrania?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	4	
5	¿Tiene tos desde hace al menos 2 semanas?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	3	
6	¿Tiene fiebre desde hace al menos 1 semana?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	2	
7	¿Padece sudoración nocturna?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	1	
8	¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	1	
9	¿Tiene dolor en el pecho?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	2	
		<b>TOTAL</b>		