



MINISTERO
DELL'INTERNO

Questionnaire sur les antécédents médicaux et la surveillance syndromique

Nom et prénom _____ né/e le _____

à _____ Résidant à _____ Téléphone _____

			Note	
1	Est-ce que quelqu'un de votre famille/cohabitants a déjà eu la tuberculose avant les 2 dernières années ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	2	
2	Avez-vous eu des contacts directs avec des cas de tuberculose au cours des deux dernières années ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	3	
3	Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) comme souffrant de la tuberculose ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	3	
4	Actuellement, suivez-vous un traitement pour la tuberculose ou le suiviez-vous au moment où vous avez quitté l'Ukraine ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	4	
5	Avez-vous de la toux depuis au moins deux semaines ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	3	
6	Avez-vous de la fièvre depuis au moins une semaine ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	2	
7	Avez-vous des sueurs nocturnes ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	1	
8	Avez-vous perdu du poids au cours des trois derniers mois ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	1	
9	Avez-vous des douleurs au thorax ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	2	
		TOTAL		