

| |
|--|
|   <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> MINISTERO DELL'INTERNO </div> |
| Progetto co-finanziato dall'Unione Europea FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020 |



Questionario per la raccolta dei dati anamnestici e della sorveglianza sindromica

Cognome e Nome _____ nato il _____ a _____

Residente a _____ Telefono _____

| | | | Score | |
|---|--|--|-------|--|
| 1 | Qualcuno tra i suoi familiari/conviventi ha mai avuto la tubercolosi precedentemente agli ultimi 2 anni? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 2 | Ha avuto contatti stretti con casi di tubercolosi negli ultimi due anni? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 3 | Lei ha mai avuto una diagnosi di tubercolosi? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4 | È attualmente in terapia per tubercolosi o la stava assumendo nel momento in cui ha lasciato l'Ucraina? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 5 | Ha tosse da almeno 2 settimane? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 6 | Ha febbre da almeno 1 settimana? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 7 | Ha sudorazioni notturne? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 8 | Ha perso peso negli ultimi tre mesi? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 9 | Ha dolore toracico? | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | 2 | |
| | | TOTALE | | |