



MINISTERO
DELL'INTERNO

Опитувальник для збору анамнестичних даних та синдромного спостереження
Questionario per la raccolta dei dati anamnestici e della sorveglianza sindromica

Прізвище та ім'я _____ народився (лась) _____
Cognome e Nome _____ nato il _____

а _____ проживає _____ Тел. _____
Residente a _____ Telefono _____

			Score	
1	Хто-небудь серед Ваших членів сім'ї/співмешканців мав туберкульоз за останні 2 роки? Qualcuno tra i suoi familiari/conviventi ha mai avuto la tubercolosi precedentemente agli ultimi 2 anni?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	2	
2	Чи мали тісні контакти із хворими туберкульозом за останні 2 роки? Ha avuto contatti stretti con casi di tubercolosi negli ultimi due anni?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	3	
3	Встановлювали Вам коли-небудь туберкульоз як діагноз? Lei ha mai avuto una diagnosi di tubercolosi?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	3	
4	На даний момент Ви лікуєтеся від туберкульозу або лікувалися до того часу, поки не виїхали з України? È attualmente in terapia per tubercolosi o la stava assumendo nel momento in cui ha lasciato l'Ucraina?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	4	
5	Ви мали кашель останніх 2 тижні? Ha tosse da almeno 2 settimane?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	3	
6	Чи мали температуру на протязі тижня? Ha febbre da almeno 1 settimana?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	2	
7	Чи потіли Ви вночі? Ha sudorazioni notturne?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	1	
8	Чи втрачали вагу за останні 3 місяці? Ha perso peso negli ultimi tre mesi?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	1	
9	Маєте болі в грудях? Ha dolore toracico?	так sì <input type="checkbox"/> ні no <input type="checkbox"/>	2	
		TOTALE		