

# Tuberculosis (TB) Risk Assessment

Vietnamese

Vui lòng hoàn tất mẫu này để giúp chúng tôi xác định xem bạn có thuộc nhóm rủi ro cao cần thử lao trên da hay không.

Tên: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Hãy khoanh tròn **CÓ** hoặc **KHÔNG**.

- |   |    |       |
|---|----|-------|
| 1. Bạn đã từng ở gần người ốm với bệnh lao thực sự?   | Có | Không |
| 2. Bạn đã từng cấy ghép nội tạng?   | Có | Không |
| 3. Trong 5 năm gần đây, bạn đã từng sống, di chuyển hay tiếp khách từ quốc gia phổ biến bệnh lao? Nếu có, nước nào? _____ | Có | Không |
| 4. Bạn đã từng tiêm chích ma túy?   | Có | Không |
| 5. Bạn đã từng ở trại giam, nhà tù hay nhà điều dưỡng?  | Có | Không |
| 6. Bạn đã từng làm việc trong phòng thí nghiệm xử lý mẫu bệnh lao?  | Có | Không |
| 7. Bạn có bị?   |    |       |
| a. Tiểu đường   | Có | Không |
| b. Bệnh thận mãn tính phải thẩm tách  | Có | Không |
| c. Ung thư máu hoặc hệ bạch cầu   | Có | Không |
| e. Ung thư đầu, cổ hoặc phổi  | Có | Không |
| f. Phẫu thuật dạ dày  | Có | Không |
| g. Các vấn đề về miễn dịch (HIV hoặc dùng chất steroid như cortisone trên một tháng)                                      | Có | Không |
| 8. Bạn chuẩn bị điều trị viêm khớp?   | Có | Không |
| 9. Bạn đã từng được thông báo về kết quả X-quang ngực bất thường?   | Có | Không |
| 10. Bạn có bị?  |    |       |
| a. Ho và/hoặc khàn cổ trong hơn 3 tuần  | Có | Không |
| b. Ho ra nhiều chất nhầy hoặc máu   | Có | Không |
| c. Sốt hoặc đổ mồ hôi đêm quá một tuần  | Có | Không |
| d. Giảm cân ngoài ý muốn  | Có | Không |
| e. Mệt mỏi hoặc cảm thấy yếu  | Có | Không |
| 11. Bạn đã từng có kết quả dương tính khi thử lao trên da?  | Có | Không |

Nếu trả lời **KHÔNG** cho mọi câu hỏi trên, bạn không thuộc nhóm rủi ro cao và không cần thử lao trên da.

Nếu trả lời **CÓ** cho một trong số các câu hỏi trên, bạn thuộc nhóm rủi ro cao và cần phải thử lao trên da hoặc tiến hành các xét nghiệm khác để tìm lao.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký/Chức vụ của Người đánh giá

\_\_\_\_\_  
Ngày