Tuberculosis (TB) Risk Assessment

Bosnian

Molimo Vas da popunite ovaj obrazac kako biste nam pomogli da odredimo da li spadate u visoko rizičnu grupu koja zahtjeva TBC kožni test.

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Molimo Vas zaokružite **DA** ili **NE.**

1. Da li ste bili u blizini osobe oboljele od aktivne TBC?	Da	Ne
2. Da li ste imali transplantaciju organa?	Da	Ne
3. U posljednjih 5 godina, da li ste živjeli, putovali ili imali posjetioca iz zemlje gdje je TBC uobičajena? Ako da, o kojoj zemlji se radi? _____	Da	Ne
4. Da li ste ikad ubrizgavali droge?	Da	Ne
5. Da li ste ikad bili u zatvoru ili staračkom domu?	Da	Ne
6. Da li ste ikad radili u laboratoriji koja obrađuje TBC uzorke?	Da	Ne
7. Da li imate?		
a. Dijabetes	Da	Ne
b. Hroničnu bubrežnu bolest sa dijalizom	Da	Ne
c. Rak krvi ili limfnog sistema	Da	Ne
e. Rak glave, vrata ili pluća	Da	Ne
f. Operaciju želudca	Da	Ne
g. Probleme sa imunitetom (HIV ili ste uzimali steroide kao npr. kortizon duže od jednog mjeseca)	Da	Ne
8. Da li ste započeli liječenje artritisa?	Da	Ne
9. Da li Vam je ikad rečeno da imate abnormalan RTG (rendgen) grudi?	Da	Ne
10. Da li ste imali?		
a. Kašalj i/ili promuklost duže od 3 sedmice	Da	Ne
b. Kašalj sa mnogo sluzi ili krvi	Da	Ne
c. Povišenu temperaturu ili noćno znojenje duže od jedne sedmice	Da	Ne
d. Gubitak težine bez namjere	Da	Ne
e. Umor ili malaksalost	Da	Ne
11. Da li ste ikad imali pozitivan TBC kožni test?	Da	Ne

Ako ste odgovorili **NE** na sva pitanja, ne pripadate visoko rizičnoj grupi i nije potrebno da uradite TBC kožni test.
Ako ste odgovorili **DA** na bilo koje od ovih pitanja, spadate u visoko rizičnu grupu i treba da uradite TBC kožni test ili druge testove na TBC.

_____ _____

Potpis/zvanje osobe koja procjenjuje klijenta Datum