



Folkhälsomyndigheten

Вопросы родителям перед вакцинацией от туберкулёза

Персональный номер ребёнка

Имя ребёнка _____

Имя родителя _____

Дата _____

Обведите ваш ответ ниже:

1. Ваш ребёнок бывал за границей? Если да, то где? _____

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

2. У вашего ребёнка сейчас есть температура или другие признаки болезни?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

3. Вашему ребёнку за последний месяц делали прививку от кори, эпидемического паротита, краснухи, ветряной оспы?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

4. Есть ли в семье или в вашем окружении кто-нибудь, кто сейчас болен туберкулёзом или проходит обследование на туберкулёз?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

5. Есть ли в вашей семье/у близких родственников ребёнок, страдающий иммунодефицитным заболеванием, или есть ли у ребёнка братья или сестры, которые умерли от болезни в возрасте до 2 лет?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

6. Есть ли в домохозяйстве кто-нибудь, кто принимает лекарства, подавляющие иммунитет?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

7. Принимала ли биологическая мать ребёнка во время беременности лекарства, ослабляющие иммунную систему?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

8. Есть ли у вашего ребёнка хроническое заболевание или синдром?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

9. Были ли у вашего ребенка признаки респираторных или кожных инфекций, которые не проходили (длительные неудобства, независимо от степени тяжести), или были ли у ребёнка инфекции, при которых он нуждался в стационарном лечении?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ

10. Принимал ли ваш ребёнок в последний месяц таблетки кортизона или какие-либо лекарства, снижающие иммунитет?

ДА

НЕТ

НЕ ЗНАЮ



Folkhälsomyndigheten

Exempel på frågeformulär inför BCG-vaccination

Frågor till föräldrar inför vaccination mot tuberkulos

Barnets personnummer _____

Barnets namn _____

Förälders namn _____

Datum _____

Ringa in ditt svar nedan:

1. Har ditt barn varit utomlands? I så fall var? _____

JA

NEJ

VET EJ

2. Har ditt barn just nu feber eller är påverkad av sjukdom?

JA

NEJ

VET EJ

3. Har ditt barn under den senaste månaden vaccinerats mot mässling, påssjuka, röda hund, vattkoppor?

JA

NEJ

VET EJ

4. Finns det någon i familjen eller omgivning som just nu har tuberkulos eller utreds för tuberkulos?

JA

NEJ

VET EJ

5. Finns det något barn i familjen/nära släkt som har en immunbristsjukdom eller finns det syskon som dött under 2 års ålder av sjukdom?

JA

NEJ

VET EJ

6. Finns det någon i barnets hushåll som äter mediciner som sänker immunförsvaret?

JA

NEJ

VET EJ

7. Har den födande föräldern under graviditeten tagit medicin som försvagar immunförsvaret?

JA

NEJ

VET EJ

8. Har ditt barn någon kronisk sjukdom eller syndrom?

JA

NEJ

VET EJ

9. Har ditt barn haft tecken på luftvägsinfektioner eller hudinfektioner som inte givit med sig (långdragna besvär oavsett allvarlighetsgrad), eller haft infektioner där barnen behövt inneliggande vård.

JA

NEJ

VET EJ

10. Har ditt barn under den senaste månaden behandlats med kortisonpiller eller någon medicin som sänker immunförsvaret?

JA

NEJ

VET EJ

Denna sida är till BHV-sjuksköterska:

11. Har barnet envist svårt kliande eksem eller svår torsk (candidainfektion) i munnen/blöjregionen som inte svarar på behandling?

JA

NEJ

VET EJ

12. Har barnet besvär med sin tillväxt utan tydlig orsak?

JA

NEJ

VET EJ

Om JA på fråga 2 eller 3 vänta minst 4 veckor med BCG-vaccination.

Om JA på någon av frågorna 4-12 bör barnet ges en läkartid för bedömning.