

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

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

Ваш стан здоров'я? _____ так ні
Sta bene oggi? _____

Хто-небудь серед Ваших членів сім'ї/співмешканців мав туберкульоз за останні 2 роки? Qualcuno tra i suoi familiari/conviventi ha mai avuto la TBC prima degli ultimi 2 anni?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	3	
Встановлювали Вам коли-небудь туберкульоз як діагноз? Lei ha mai avuto una diagnosi di tubercolosi?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	3	
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 quando ha lasciato l'Ucraina?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	4	
Ви мали кашель останніх 2 тижні? Ha tosse da almeno 2 settimane?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	3	
Чи мали температуру на протязі тижня? Ha febbre da almeno 1 settimana?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	2	
Чи потіли Ви вночі? Ha sudorazioni notturne?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	1	
Чи втрачали вагу за останні 3 місяці? Ha perso peso negli ultimi tre mesi?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	1	
Маєте болі в грудях? Ha dolore toracico?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	2	
	TOTALE		

Наявність онкозахворювань таких як: рак, лейкемія, ВІЛ/СНІД т.і.? _____ так ні
Ha malattie come un tumore, leucemia, infezione da HIV/AIDS?

Ви приймаєте імунодепресанти, біопрепарати, кортизон у високих дозах? _____ так ні
Prende immunosoppressori, farmaci biologici, cortisone ad alte dosi?

Чи проходить ви променеви терапію, хіміотерапію чи інші імуносупресивні методи лікування? _____ так ні
Sta facendo radioterapia, chemioterapia o altri trattamenti immunosoppressivi?

Чи є у вас хронічні, метаболічні, серцеві, дихальні, ниркові, печінкові захворювання? _____ так ні
Ha malattie croniche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, epatiche?

Які саме? Quali? _____

Ви вагітні? E' in gravidanza? _____ так ні

Дата data _____ Підпис Firma del vaccinando _____

ВАКЦИНИ, ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ ВВЕДЕННЮ: _____

VACCINI DA SOMMINISTRARE

Категорія Categoria _____ Оплата Pagamento _____ так ні

Пацієнт Il medico _____ Лікар Il vaccinatore _____