

Novorozenecké oddělení

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 444 118, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

verze č. 4, str. 1/1

Dotazník k definici rizika tuberkulózy

Jméno a příjmení dítěte:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození dítěte: (není-li rodné č.)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu dítěte: (případně jiná adresa)	

I. část – vyplňuje zákonný zástupce dítěte

1. Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu:	
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne/není mi známo
2. Dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval mimo Českou republiku:	
<input type="checkbox"/> Ano; uveďte, v jakém státě (vyjmenujte všechny státy)	<input type="checkbox"/> Ne/není mi známo
3. Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou:	
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne/není mi známo
4. Bylo prováděno šetření ohledně TBC u osob, se kterými bylo dítě v kontaktu:	
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne/není mi známo
Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte:	Jméno praktického lékaře pro děti a dorost:
Telefonický kontakt na zákonného zástupce:	Telefonický kontakt na lékaře pro děti a dorost:
Datum:	Podpis zákonného zástupce:

II. část – vyplňuje lékař

1. Dítě má indikaci k očkování proti tuberkulóze podle přílohy č. 2 k vyhlášce č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů:	
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Datum:	Jmenovka podpis lékaře: