

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST BCG

Neem vóór de afspraak contact op (Tel.070-3537169) met de GGD indien:

- U één van de vragen met "Ja" beantwoord heeft
- Uw kind koorts heeft (38.0°C of hoger) op de dag van de afspraak

<i>In te vullen door ouders/verzorgers</i>			
Naam kind :			
Geboortedatum kind :			
Huisarts :			
Verzekering + Polisnr. :			
Telefoonnummer : BSN:			
	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Onbekend</i>
1. Is uw kind in het buitenland geboren?			
2. Gebruikt uw kind medicijnen? Zo ja, welke?.....			
3. Heeft uw kind een huidziekte? Zo ja, welke?.....			
4. Is uw kind onder behandeling in het ziekenhuis? Zo ja, waarvoor wordt uw kind behandeld? Door welke arts wordt uw kind behandeld?			
5. Is uw kind korter dan 1 week geleden geopereerd?			
6. Is uw kind in het buitenland geweest? Zo ja, welk land? Wanneer bent u teruggekomen?			
7. Is uw kind in contact geweest met iemand met tuberculose?			
8. Heeft uw kind eerder een tuberculinehuidtest (Mantouxtest) gehad? Zo ja, wanneer?..... Uitslag positief/negatief			
9. Heeft de moeder in de zwangerschap medicijnen gebruikt die de weerstand kunnen verlagen? Zo ja, welk(e) medicijn(en)?.....			
10. Is de moeder tijdens de zwangerschap of op een ander moment positief getest op hiv?			

Gegevens van deze vragenlijst worden uitsluitend voor medische doeleinden gebruikt en zullen aan het medisch dossier worden toegevoegd.

BCG VACCINATION QUESTIONNAIRE

Please contact us (Tel.070-3537169) before your appointment if:

- You answered one or more of the questions below with “Yes”
- Your child has fever (38.0°C or more) on the day of your appointment

<i>To be completed by parents/caregivers</i>			
Name child	:		
Birthday of your child	:		
Family doctor	:		
Insurance + Policy nr.	:		
Telephone	:	BSN:
	Yes	No	Unknown
1. Was your child born outside of the Netherlands?			
2. Does your child use medicines? If so, which?.....			
3. Does your child have a skin disease? If so, which?.....			
4. Is your child being treated by a doctor in a hospital? Is so, for what condition? What is the name of the doctor who treats your child?.....			
5. Was your child operated upon less than 1 week ago?			
6. Did your child travel abroad? If so, to which country? When did you come back?			
7. Did your child have contact with a tuberculosis patient?			
8. Did your child have a tuberculin skin test before? If so, when?..... Result positive/negative			
9. Did the mother use medication during pregnancy that suppressed the immune system? If so, which medication?.....			
10. Was mother during pregnancy or on any other moment tested positive for HIV / Aids?			

The answers in this questionnaire will be used for medical purposes only and are part of the medical file.