

<b>GEZONDHEIDSVRAGENLIJST (THT/IGRA)</b> <i>Deze lijst is bestemd voor degene die wordt onderzocht.</i>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Onbekend</b>
<b>1. Heb je ooit tuberculose (tbc) gehad?</b> Zo ja, wanneer?.....			
<b>2. Heb je eerder een tbc-huidtest (Mantoux) gehad?</b> Zo ja, wanneer?..... Uitslag: wel reactie / geen reactie / onbekend			
<b>3. Heb je eerder een bloedonderzoek op tbc gehad (IGRA)?</b> Zo ja, wanneer?..... Uitslag: positief / negatief / onbekend			
<b>4. Ben je ingeënt tegen tuberculose (BCG vaccinatie)?</b> Zo ja, wanneer?.....			
<b>5. Heb je in de afgelopen 6 weken een andere vaccinatie gehad?</b> Zo ja, welke en wanneer?.....			
<b>6. Heb je gezondheidsklachten?</b> Zo ja, heb je één of meer van de volgende klachten?			
- Hoesten (langer dan 3 weken)			
- Koorts (meer dan 38.0 °C)			
- Nachtzweeten			
- Gewichtsverlies			
- Slechte groei / afwijkende groeicurve			
<b>7. Ben je of was je ooit onder behandeling van een (kinder)arts of andere specialist?</b> Zo ja, welke specialist? ..... Waarvoor? ..... Wanneer? .....			
<b>8. Ben je ooit getest op HIV / AIDS?</b> Zo ja, wanneer? ..... Wat was de uitslag? (positief / negatief /onbekend)			
<b>9. Gebruik je medicijnen?</b> Zo ja, welke?.....			

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

<b>HEALTH QUESTIONNAIRE TUBERCULOSIS (TST/IGRA)</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unknown</b>
<i>This questionnaire is intended for the person who is checked.</i>			
<b>1. Have you ever suffered from tuberculosis (TB)?</b> If yes, when (year)?.....			
<b>2. Did you ever have a tuberculin skin test (TST) for tuberculosis (TB) performed?</b> If yes, when (year)?..... Result: positive / negative / unknown			
<b>3. Did you ever have a blood test for tuberculosis (TB)?</b> If yes, when (year)?..... Result: positive / negative / unknown			
<b>4. Did you receive a BCG vaccination (vaccine for tuberculosis)?</b> If yes, when?.....			
<b>5. Did you have any other vaccination during the past 6 weeks?</b> If yes, name of the vaccine and when?.....			
<b>6. Do you have any health complaints?</b> If yes, do you have one or more of the following symptoms?			
- Coughing (longer than 3 weeks)			
- Fever (> 38.0 °C / >100.4 Fahrenheit)			
- Night sweats			
- Weight loss			
- Poor growth / abnormal growth curve			
<b>7. Have you ever been treated by a specialist?</b> If yes, what kind of specialist? ..... What for? ..... When? .....			
<b>8. Have you ever been tested for HIV?</b> If yes, when (year)? ..... What was the result? positive / negative / unknown			
<b>9. Are you currently using any medication?</b> If yes, which medication?.....			

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