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