

Додаток 4
до Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ (пункт 6 розділу II)

Код отримувача послуг _____

Дата проведення анкетування _____

**Скринінговий опитувальник для виявлення людей,
що потребують обстеження на ТБ**

Шановний отримувачу послуг, у зв'язку з епідемією ТБ в Україні, МОЗ України вжито заходи для покращення виявлення ТБ. Туберкульоз є одним з найбільш небезпечних захворювань, яке проявляється серйозними симптомами пізно, коли вже завдано значної шкоди здоров'ю. Тому ми пропонуємо Вам відповісти на запитання, які дозволяють виявити захворювання на ранніх стадіях, що дасть змогу більш ефективно його лікувати. Просимо обвести колом Ваш варіант відповіді на кожне запитання.

№ п/п	Запитання	Відповідь	
1.	Чи є у Вас кашель або покашлювання більше 2 тижнів?	Так	Ні
2.	Чи є у Вас підвищення температури тіла більше 2 тижнів? Має значення навіть незначне підвищення до 37–37,2 °С.	Так	Ні
3.	Чи є у Вас підвищена пітливість впродовж останнього місяця, особливо вночі?	Так	Ні
4.	Чи є у Вас зменшення ваги тіла з незрозумілих причин за останні 3–6 місяців?	Так	Ні
5.	Чи помітили Ви підвищену втомлюваність та слабкість впродовж останнього місяця і більше?	Так	Ні
6.	Чи помітили Ви задишку при незначному фізичному навантаженні:	Так	Ні

	чи є напади (приступи) або повільно наростаюче неприємне відчуття утрудненого дихання, яке з'явилося останнім часом при звичайному фізичному навантаженні – хода, підйом по сходах та ін.)?		
7.	Чи помітили Ви біль в грудній клітині?	Так	Ні
8.	Чи мали Ви контакт з хворим на туберкульоз впродовж останніх 6-ти місяців? Контакти можуть бути сімейні, квартирні, родинні при спілкуванні з близькими друзями, колегами на роботі, навчанні, а також контакти з особами, які користуються однією спальнею, кухнею, ванною або вітальнею.	Так	Ні

Примітка: відповідь «Так» хоча б на 1 запитання з пунктів 1–4 або відповідь «Так» на три і більше запитань із пунктів 5–8 не означає, що Ви хворі на туберкульоз, але означає, що Вам необхідно негайно пройти обстеження на туберкульоз, тому що немає жодної поважної причини ризикувати здоров'ям та життям.

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис соціального працівника:
