



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheids- vragenlijst

U wordt onderzocht op tuberculose. Het is voor ons van belang om te weten of uw gezondheidstoestand mogelijk invloed heeft op dit onderzoek. Wilt u daarom de volgende vragen beantwoorden? Dit formulier zo volledig mogelijk invullen en meebrengen bij uw bezoek.
Indien u in het bezit bent van een geldig legitimatiebewijs en een verzekeringspasje deze bij uw bezoek aan ons meebrengen a.u.b.

Familienaam: _____

Voornamen: _____

Geslacht: Man Vrouw

Geboortedatum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoon: _____

Huisarts: _____

Naam Zorgverzekering: _____

Polisnummer: _____

Burgerservice (BSN) nr.: _____

1. Bent u (eerder) behandeld voor tuberculose? Ja Nee

2. Heeft u eerder een huidtest op tuberculose (mantoux) gehad? Ja Nee
 Indien ja: - Wanneer was de laatste test? (maand/jaar)
 - Wat was het resultaat in mm?

3. Bent u tegen tuberculose ingeënt / gevaccineerd? Ja Nee
 Indien ja, op welke leeftijd: < jonger dan 1 jaar
 > 1 jaar of ouder
 onbekend

4. Heeft u ooit contact gehad met tbc-patiënten? Ja Nee
 Zo ja: - Wanneer was het laatste contact voordat de diagnose bekend werd?
 - Welke relatie heeft u met deze persoon?
 - Hoe vaak ziet u deze persoon?

5. Bent u in Nederland geboren? Ja Nee
 Indien nee: - In welk land?
 - Sinds wanneer woont u in Nederland?
 - In welk land zijn uw ouders geboren? en

6. Heeft u de laatste 5 jaar gewoond in of gereist naar landen waar tuberculose veel voorkomt, met name Azië / Afrika / Oost Europa? Ja Nee

Indien ja, wanneer, hoelang en in welke landen? _____

7. Heeft u klachten van:

- hoesten Ja Nee
- koorts Ja Nee
- nachtzweeten Ja Nee
- afvallen Ja Nee

Indien ja:

- hoe lang hoest u?
- geeft u slijm op?
- bent u voor uw klachten bij de huisarts geweest?

8. Lijdt u aan of heeft u gehad:

	Ja	Nee
Suikerziekte / Diabetes Mellitus		
Chronisch nierfalen of nierdialyse		
Orgaantransplantatie		
Auto-immuunziekten zoals reuma, reumatoïde artritis, psoriasis, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn		
Sarcoidose		
Kanker in de afgelopen 2 jaar		
HIV/Aids		
Silicose (mijnwerkers)		

9. Gebruikt u medicijnen? Ja Nee

Zo ja, gebruikt u weerstand verlagende middelen, zoals:

- Corticosteroïden (prednison) gedurende langer dan 4 weken
- Middelen tegen kanker
- Immunosuppressiva (gebruikt bij auto-immuunziekten zoals reumatoïde, artritis, psoriasis, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn etc.)
- Gebruikt u bloedverdunders, diabetische medicatie, anti-epileptica of antidepressiva?

A.u.b. namen van alle medicijnen die u gebruikt:

.....

10. Bent u de afgelopen 6 weken gevaccineerd met de BMR of gele koorts vaccin? Ja Nee

Handtekening

Door ondertekening van deze verklaring, geef ik toestemming om indien nodig medische informatie in te winnen bij huisarts/specialist. (Indien cliënt jonger dan 16 jaar, ondertekenen door ouder/verzorger)

Datum:

--	--	--	--	--	--

Handtekening:

Conclusie arts

In te vullen door GGD medewerker

	mm	datum
THT 1e ronde		
THT 2e ronde		

	uitslag	datum
IGRA 1		
IGRA 2		