

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Министерства  
здравоохранения Пермского края  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

### Анкета по раннему выявлению туберкулеза

- Внимательно прочитав каждый вопрос, выберете ответ, который соответствует Вашему состоянию (ДА или НЕТ).
- Приведенная анкета не может дать ответ, есть ли в организме активный туберкулезный процесс, но ее анализ поможет стать сигналом для обращения к врачу.
- При наличии более 5 положительных ответов, необходимо проявить настороженность и обратиться к Вашему участковому-терапевту.

№	Вопросы	Ответы
1	Есть ли у Вас кашель или покашливание более 2х недель?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2	Есть ли у Вас в течение последнего времени повышение температуры тела (имеет значение даже незначительное повышение: до 37-37,2°С)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3	Тревожит ли Вас иногда боль в грудной клетке?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4	Отмечается ли у Вас быстрая утомляемость, общая слабость?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5	Есть ли у Вас повышенная потливость, особенно в ночное время?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6	Есть ли у Вас одышка при незначительной физической нагрузке?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты и/или физической активности)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8	Есть ли у Вас опухолевые образования (лимфатические узлы) в мягких тканях?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9	Есть ли у Вас хронические заболевания ЖКТ, диабет или другие заболевания, которые приводят к снижению иммунитета?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10	Есть ли у Вас хронические заболевания легких?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11	Принимали ли Вы в течении последних 6 месяцев гормональные или цитостатические препараты?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12	Не было ли у Вас серьезного стресса (смерть близкого человека, развод, потеря работы и т.д.)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

		<input type="checkbox"/> нет
13	Были ли у Вас контакт с больным туберкулезом?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14	Вы ежегодно проходите флюорографическое обследование?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15	Проходили ли Вы флюорографическое обследование за последний год?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16	Вы курите?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17	Злоупотребляете ли Вы алкоголем?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18	Употребляете ли Вы наркотические вещества?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19	Были ли Вы в местах лишения свободы?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20	Есть ли у Вас профессиональные вредности на месте работы/учебы?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет