

Tuberculosis (TB) Risk Assessment
Campus Health Center

برجاء الكتابة باللغة العربية -

Name: _____ Today's Date: ____/____/____

Birth Date: ____/____/____ Birth Country: _____
LAST FIRST MONTH DATE YEAR
MONTH DATE YEAR

Phone: (____) _____ - _____ WSU Email: _____@wayne.edu

(2 letters and 4 numbers ex: ab1234@wayne.edu)

Wayne State ID# _____ Contact By: Phone Email

نعم Yes	لا No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق لك الحصول على نتيجة إيجابية لاختبار جلد خاص بالسل؟ Have you ever had a positive TB skin test? إذا كانت الإجابة نعم، فهل تلقيت علاجًا بالأدوية؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ل ما المدة؟ _____ If yes, were you treated with medication? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> How long _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن تلقيت لقاح السل (BCG)؟ إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ _____ Have you ever been vaccinated with BCG (TB vaccine)? If yes, when? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل عانيت من أي من هذه الأعراض؟ (ضع علامة اختيار على كل الإجابات الصحيحة) Have you had any of these symptoms? (check all that apply) سعال لمدة تزيد عن 3 أسابيع <input type="checkbox"/> حمى مزمنة <input type="checkbox"/> خروج دم أو دم مع بلغم عند السعال <input type="checkbox"/> تعرق ليلي لمدة تزيد عن 3 أسابيع <input type="checkbox"/> خسارة وزن بلا مبرر <input type="checkbox"/> Cough for longer than 3 weeks Chronic fever Coughing up blood or blood in sputum Night sweats for longer than 3 weeks Unexplained weight loss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كان لك اتصال عن كثب مع شخص ما مصاب بمرض السل المعدى (أحد أفراد الأسرة، زميل في العمل، شريك في الغرفة، إلخ)؟ Have you had recent close contact with someone with infectious TB disease (family member, co-worker, roommate, etc.)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن أقيمت مع شخص جاءت نتيجة اختبار السل (PPD) الخاص به إيجابية؟ Have you ever lived with someone who has had a positive PPD test?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن أظهرت نتيجة فحص بالأشعة السينية على صدرك وجود مشكلة ما؟ Have you ever had an abnormal chest x-ray?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل جاءت نتيجة اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز لديك إيجابية؟ Have you tested positive for HIV or AIDS?

تقييم خطر الإصابة بالسُّل
Campus Health Center

Tuberculosis (TB) Risk Assessment
Campus Health Center

نعم Yes	لا No																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق لك الخضوع لعملية زرع عضو و/أو نقي عظمي؟ Have you ever had an organ and/or bone marrow transplant?																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق لك تناول أدوية تؤثر على الجهاز المناعي؟ Have you ever taken medications that affect your immune system?																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن أمضيت 30 يوماً متتالية أو أكثر في دولة غير الولايات المتحدة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فأين كان ذلك ومتى؟ الدولة: _____ السنة: _____ Have you spent 30 or more consecutive days in a country other than the United States? If yes, where and when? Country: _____ Year: _____																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعيش أو تعمل في أي من الأماكن التالية: (ضع علامة اختيار على كل الإجابات الصحيحة) Do you live or work in any of the following settings: (check all that apply) <table border="0"> <tr> <td>Correctional facility (prison)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>مرفق إصلاحي (سجن)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Long term facility</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>مرفق إقامة طويلة الأجل</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS residence</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>مكان إقامة خاص بمرضى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hospital</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>مستشفى</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Homeless shelter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>مأوى للمشردين</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nursing home</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>مكان للتمريض</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Laboratory (specify type:)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>معمل (حدد نوعه): _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other health care facility</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>مرفق رعاية صحية آخر</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Correctional facility (prison)	<input type="checkbox"/>	مرفق إصلاحي (سجن)	<input type="checkbox"/>	Long term facility	<input type="checkbox"/>	مرفق إقامة طويلة الأجل	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS residence	<input type="checkbox"/>	مكان إقامة خاص بمرضى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>	مستشفى	<input type="checkbox"/>	Homeless shelter	<input type="checkbox"/>	مأوى للمشردين	<input type="checkbox"/>	Nursing home	<input type="checkbox"/>	مكان للتمريض	<input type="checkbox"/>	Laboratory (specify type:)	<input type="checkbox"/>	معمل (حدد نوعه): _____	<input type="checkbox"/>	Other health care facility	<input type="checkbox"/>	مرفق رعاية صحية آخر	<input type="checkbox"/>
Correctional facility (prison)	<input type="checkbox"/>	مرفق إصلاحي (سجن)	<input type="checkbox"/>																															
Long term facility	<input type="checkbox"/>	مرفق إقامة طويلة الأجل	<input type="checkbox"/>																															
HIV/AIDS residence	<input type="checkbox"/>	مكان إقامة خاص بمرضى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز	<input type="checkbox"/>																															
Hospital	<input type="checkbox"/>	مستشفى	<input type="checkbox"/>																															
Homeless shelter	<input type="checkbox"/>	مأوى للمشردين	<input type="checkbox"/>																															
Nursing home	<input type="checkbox"/>	مكان للتمريض	<input type="checkbox"/>																															
Laboratory (specify type:)	<input type="checkbox"/>	معمل (حدد نوعه): _____	<input type="checkbox"/>																															
Other health care facility	<input type="checkbox"/>	مرفق رعاية صحية آخر	<input type="checkbox"/>																															

<input type="checkbox"/> WAIVED DATE:	IGRA <input type="checkbox"/> T-Spot DATE: TIME: <input type="checkbox"/> DMC	Chest X-Ray <input type="checkbox"/> Referral DATE:
--	---	---

Responsible Provider Initials: _____