



Tên học sinh: _____ Mã số: _____

Trường/NH: _____ Lớp: _____ Ngày: _____

Đánh giá triệu chứng lao

- _____ Ho kéo dài hơn ba tuần
- _____ Sốt không rõ nguyên nhân
- _____ Ho ra máu
- _____ Sụt cân không rõ nguyên nhân
- _____ Đau ngực không rõ nguyên nhân
- _____ Đổ mồ hôi đêm
- _____ Chán ăn
- _____ Mệt mỏi

Dành cho trẻ dưới 6 tuổi

- _____ Thở khò khè
- _____ Chậm phát triển thể chất
- _____ Giảm hoạt động, vui chơi và/hoặc năng lượng
- _____ Sưng hạch bạch huyết
- _____ Thay đổi tính cách

Phụ huynh/người giám hộ: Vui lòng ký tắt bên dưới

- _____ Học sinh không tiếp xúc với bất kỳ cá nhân nào đã biết hoặc nghi ngờ mắc bệnh lao (TB)
- _____ Kể từ lần xét nghiệm lao âm tính gần nhất vào ngày _____, học sinh không cư trú hoặc đi đến các quốc gia có tỷ lệ bệnh lao cao

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ: _____ Ngày: _____

Chữ ký của y tá trường học: _____ Ngày: _____

Lưu ý: Nếu học sinh có một hoặc nhiều triệu chứng nêu trên, vui lòng đưa học sinh đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để được đánh giá thêm trước khi nhập học.