

## Pyetsor për gjendjen shëndetsore Data

## TË DHËNAT PERSONALE

1. Emri:	2.Data e lindjes:	3.Shteti i lindjes:
		4.Vendi i lindjes:
5. Adresa në Finlandë:		6.Telefoni:
7. A ka sigurim: Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/>		8. Emri i entit të sigurimit:
9. I afëmi apo kontakt-personi:		10. Telefoni:
11. Shkolla / drejtimi /landa kryesore:		12. Data e fillimit të studimeve:
		13. Data e planifikuar e përfundimit:

## SËNDETI

14. Gjendja shëndetsore:	Mirë <input type="checkbox"/>	Mesatare <input type="checkbox"/>	Dobët/keq <input type="checkbox"/>
15. A ke sëmundje kronike/afatgjate?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Cilat?
16. A ke sëmundje të m'lqisë, hepatit?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Cilat?
17. A ke sëmundjen HIV?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	
18. A pin duhan, apërdorë prodhime duhani?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Cka dhe sa?
19. A përdorë alkohol apo narkotikë?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Cka dhe sa?
20. Shërimet e mëparshme spitalore,operimet?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Cfarë?
21. Reagimet alergjike në barna?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Në cilat barna?
22. A ke pasë tuberkulozë?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Kurë?
23. A je mjekuar me barna nga tuberkuloza?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Kurë? Cilat barna?
24. A ka pasë dikush që banon me ty tuberkulozën?	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	
A ke apo a ke pasë këto simptome:		Nëse po, jep skjarim (p.sh. kurë, ake ende simptome, a është gjetur ndonjë arsye për këtë):	
25. Kollitje disa javëshe	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	
26. Këlbazë apo kollitje me gjak	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	
27. Humbje në peshë	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	
28. Djersitje natën	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	
29. Temperaturë që ka zgjatë shumë	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	
30. Të ajura, dhimbje apo tajime në gjandrat limfatike (në fyt, nën sjetulla)	Jo <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	

## BARNAT, VAKCINAT

31. A përdorë barna të përshkruara me reçetë? Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Cilat?		
A i ke marrë këto vakcina si vijon:		
32. Polio	33. Tetanus/ difteri	34. Fruthi/ shyta/ rubeola
Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> , kurë?	Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> kurë?	Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> kurë?
35. A e ke pasë fruthin?	Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/>	
36. A e ke pasë shytën?	Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/>	
37. A e ke pasë rubeolën?	Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/>	