

BCG खोप जाँचसूची

कृपया निम्न मध्ये कुनैपनि तपाईं (वा खोप लगाउनु पर्ने तपाईंको शिशु/बच्चा) लाई लागु हुन्छ भने हामीलाई भन्नुहोस्:

- के तपाईंले विगतमा BCG (TB) खोप लिनुभएको छ?
- के तपाईंले कहिल्यै पनि म्यान्टक्स (Mantoux) / टिस्पट (Tspot) / क्वान्टिफेरन (Quantiferon) (TB) परीक्षण गराउनु भएको छ?
- के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कसैको TB को लागि पहिला परीक्षण भएको थियो वा हाल हुँदैछ?
- के तपाईं UK बाहिर लामो अवधि 3 महिना बस्ने गरि जानु भएको छ?
- तपाईं गर्भवती हुँदा वा स्तनपान गराउँदा के तपाईंले आफ्नो शरीरको प्रतिरोध प्रणालीमा असर पार्न सक्ने कुनैपनि औषधि लिनु भयो जो तपाईंको शिशुमा गएको हुन सक्छ, अर्थात् सङ्क्रमण विरुद्ध लड्ने तपाईंको क्षमतामा असर पार्ने औषधि?
- के तपाईंलाई कुनैपनि एलर्जीहरू छ, खास गरि सोडियम एल-ग्लुटामेट मोनोहाइड्रेटसँग (L-glutamate monohydrate)?
- के कुनै रोग वा उपचारका कारण तपाईंको शरीरको प्रतिरोध क्षमता कम भएको छ?
 - HIV सङ्क्रमण, ल्युकेमिया, लिम्फोमा, होडकिन्स रोग (Hodgkin's disease) वा रेटिक्युलोएन्डोथेलियल (reticuloendothelial) प्रणालीको ट्युमर।
 - गत 6 महिनामा बोन म्यारो वा अङ्ग प्रत्यारोपण।
 - गत 3 महिनामा स्टेरोइडहरू।
 - गत 12 महिनामा शरीरको प्रतिरोध क्षमता कम गर्ने जैव चिकित्सा।
- के तपाईंको छालामा सेप्टिकको अवस्था, जस्तै एक्जिमा वा सोरियासिस भएको छ?
- के तपाईंलाई गत 48 घण्टामा ज्वरो आएको थियो?
- के तपाईंलाई आज बिसन्धो छ?
- के तपाईं गर्भवती हुन सक्नुहुन्छ?

Royal Berkshire NHS Foundation Trust
London Road, Reading RG1 5AN
0118 322 5111 (स्विचबोर्ड)
www.royalberkshire.nhs.uk

अनुरोध गरिएको खण्डमा यो कागजात अन्य भाषा तथा फर्म्याटहरूमा पनि उपलब्ध गराउन सकिन्छ।

वेस् बर्कशायर TB सेव, स्वास्थ्य विभाग, मे 2009 पुनर
वलोकन जुल ई 2024। अर्को पुनर वलोकन: जुल ई 2026