



525-535 West Jefferson Street • Springfield, Illinois 62761-0001 • www.dph.illinois.gov

ဆာထီဉ်မံဆူ ထံဉ်ဘံဉ် တၢ်ဟ့ဉ်ကသံဉ်ဒၢး လံာ်တက့ဉ်ဒိ

ဝံသးစူၤကွဲးလီၤအီၤ/ Please Print မ့ၢ်နံၤ-(Date:)

မံၤ (လီၢ်ခံ) မံၤ (ဒိဉ်ထံး) မံၤ (ခၢဉ်သး)

Last Name First Name M. Name:

အိဉ်ဖျဉ်မ့ၢ်နံၤ သးနံဉ် မ့ဉ်/ခွါ မ့မ့ၢ်ဖိသဉ်လၢသးနံဉ် ဘၣ် နံဉ်အဖီလၢန့ဉ် မိၢ်ပၢ်အမံၤ

Birth Date Age Sex: Female Male Parent's Name if Under 18:

အိဉ်ဆိးလီၢ်ကျဲ တံဉ်နီဉ်ဂံၢ် လီၤတဲစိ

Street Address Apt. # Telephone#

ဝုၢ် ကီၢ်စဲဉ် စံး(ပ)နီဉ်ဂံၢ် ခိထံဉ်

City State Zip Code County

ကလုာ်- ပုၤဝါဖံး ပုၤသုဖံး အုရၢဉ်/ပစံးဖံးကိးဖိ ပုၤအိဉ်ဖျဉ်လၢအမဲရကၤ အဂၤ ကလုာ်န့ဉ် (တံၤကဝီၤတခါ) - ဟံးစဲးန့း တေမ့ၢ်ဟံးစဲးန့း

Race: White Black Asian/Pacific Islander Native American Other Ethnicity (circle one): Hispanic Not Hispanic

ကျိဉ်မိၢ်ပုၢ် - နဟံးဃာ်တၢ်အုဉ်ကီၤခါ. အိဉ် တအိဉ် တၢ်အုဉ်ကီၤကလုာ် -

Primary Language Do you have insurance? Yes No Type

အိဉ်ဖျဉ်ထံကီၢ် မ့ၢ်တအိဉ်ဖျဉ်လၢကီၢ်အမဲရကၤဘၣ်န့ဉ်, နဟံးန့ဉ်လီၤအိဉ်အခါဖဲလဲဉ်.

Country of Birth If not born in the U.S., when did you enter the USA?

၁. ထံဉ်ဘံဉ် တၢ်ဆါဘၣ်န့ၤတဘျီဘျီခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်
Have you ever had TB? Yes No

၂. နတၢ်ဘၣ်ထွဲဒီးပုၤအိဉ်ဒီး ထံဉ်ဘံဉ် တဘျီဘျီခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်
Have you had contact with a person that had active TB? Yes No
Name:

၃. နမၤကွၢ် ဖံးဘုဉ် ထံဉ်ဘံဉ် တၢ်ဆါဃာ်တဘျီဘျီခါ. မၤ တမၤ အစၢ - တအိဉ် အိဉ်
Have you ever had a TB skin test? Yes No Results: Negative Positive

နမ့ၢ်မၤကွၢ်န့ဉ်, နမၤကွၢ်အီၤလၢတၢ်လီၢ်မတၤဒီးအခါဖဲလဲဉ်.
If yes, where was this test done and when?

၄. မၤကွၢ် ထံဉ်ဘံဉ် လၢနသ့ဉ်ကျိတဘျီဘျီခါ. မၤ တမၤ တၢ်စံးဆါ- တဖျါ ဖျါ
Have you ever had a TB blood test? Yes No Results: Negative Positive

နမ့ၢ်မၤကွၢ်ဘၣ်လံန့ဉ်, နမၤကွၢ်အီၤလၢတၢ်လီၢ်ဖဲလဲဉ်ဒီးအခါဖဲလဲဉ်.
If yes, where was this test done and when?

၅. မှီနဆဲး ကသံဉ်ဒီသဒါ ထံဉ်ဘံဉ်တံာ်ဆါ (BCG) တဘျီဘျီဇါ. မှီ, ဆဲး တဆဲးဘဉ်နီတဘျီ
 Have you ever had a TB vaccine (BCG)? Yes No

၆. လာအပူကွံဉ် ၃၀ သီအတီပူနဆဲးကသံဉ်ဒီသဒါတမံမံဇါ. ဆဲး တဆဲး
 ကသံဉ်ဒီသဒါမနုလဲဉ်. _____
 Have you had any immunizations in the past 30 days? Yes No
 Which? _____

၇. နအီဘဉ် ထံဉ်ဘံဉ် ကသံဉ်တဘျီဘျီဇါ. ဆီ တအီဘဉ်. မှီအအီ, လာအခါဖဲလဲဉ် _____
 Have you ever taken TB medications? Yes No If yes, for how long? _____

၈. မှီနဘဉ်ကူစါ ခဲစါဉ်, ဆံဉ်ဆါ, HIV/AIDS HIV/AIDS တံာ်ဆါလာနလီဇါ. _____
 Do you have any medical conditions such as 2áncer, diabetes, HIV/AIDS? _____

၉. ခဲအံၤ မ့တမ့ၤ လာအပူကွံဉ်နအီဉ်ဉ် -
 Do you or have you recently had:

	အီဉ်/ တအီဉ် Y / N	# မှီနမ (Days):		အီဉ်/ တအီဉ် Y / N	# မှီနမ (Days):
လီကီၤ ၁၀၀.၅ °ကရံဉ်ဆူအဖီခိဉ် (Fever over 100.5 degrees)			တံာ်ကူးအီဉ်အါနီ သာနွံ (Coughing more than 3 weeks)		
ကပၤထီဉ်လာမုာ်နါခီ (Night sweats)			ဣဉ်တံာ်တဘဲ (Loss of appetite)		
လီဘုးဉ်ဉ်ကလဲဉ် (Feeling very tired)			နီဉ်ခိယာ်လီ (Loss of weight)		
ကူးအီဉ်ဉ်အသ့ဉ် (Coughing up blood)					

ယအာဉ်လီလၢ Kane ခီထံဉ်ဆူဉ်ချ့ဝဲကျီ, ထံဉ်ဘံဉ်တံာ်ဟ့ဉ်ကသံဉ်ဒါးကမၤကွါဝဲ ယဖံးဘုဉ်, လီယဲၤ မ့တမ့ၤ တံာ်လာအလီအီဉ်လၢ
 ကမၤကွါသ့ဉ်တဖဉ်အဂီၢ်န့ဉ်လီၤ.

I consent to have a skin test, x-ray or related procedures accomplished at the Kane County Health Department, TB clinic.

ဆဲးလီၤ / Signature

မ့မ့ဉ်သဉ်န့ဉ်, မိာ်ပာ်/ပုၤကွါထွဲတံာ်ဆဲးလီၤမံၤ/ If minor, parent or guardian signature

*****ဝဲၤဒါးစူးကါအဂီၢ်ခိၤလီၤ-တဘဉ်ကူးလၢလံာ်တဂ့ၤ*****

နီဉ်ဂံၢ် _____ မှီနံၤလၢခံကတံာ် _____ ဆဲးလီၤ _____ နီဉ်ဂံၢ် _____ မှီနံၤလၢခံကတံာ် _____ ဆဲးလီၤ _____
 #1 ပတီၢ် (ခိၤ) #2 ပတီၢ်

Mantoux TST applied date ဆဲးကသံဉ်မှီနံၤ ____/____/____ Mantoux TST applied date ဆဲးကသံဉ်မှီနံၤ
 ____/____/____

တၢ်လီၢ် - ဖံာ်အထွဲ ဖံာ်အစ့ၣ်
ဒီးပွးကဒါက့ၤမ့ၢ်နံၤ - ____/____/____

တၢ်လီၢ် - ဖံာ်အထွဲ ဖံာ်အစ့ၣ်
ဒီးပွးကဒါက့ၤမ့ၢ်နံၤ ____/____/____

အစၢ - တအိၣ်/အိၣ် နီၣ်ထီၣ် _____

အစၢ - တအိၣ်/အိၣ် နီၣ်ထီၣ် _____

ဆဲးလီၤ- _____ မ့ၢ်နံၤ ____/____/____ ဆဲးလီၤ- _____ မ့ၢ်နံၤ ____/____/____

#1 Quantiferon Gold drawn: ____/____/____ အစၢ/တၢ်ဟ့ၣ်ကူၣ်- _____

#2 Quantiferon Gold drawn: ____/____/____ အစၢ/တၢ်ဟ့ၣ်ကူၣ်- _____

ဟ့ၣ် CXR လံာ်ဖှိတ်မ့ၢ်နံၤ ____/____/____, တၢ်ဆါဟံၣ် _____ ဟံးန့ၢ်ကဟးမ့ၢ်နံၤ - _____