

СҮРЬЕЭГИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС  
Certificate of TB(tuberculosis) Screening

Овог нэр(Name):	Хүйс(Sex): Эр(M) <input type="checkbox"/> , Эм(F) <input type="checkbox"/>	Цээж зураг (Photo) 3.5cmx4.5cm
Төрсөн он, сар, өдөр(Date of Birth) / /	Утасны дугаар(Phone Number):	
Паспортын дугаар(Passport Number):	Хаяг(Address):	

I. Шинжилгээний асуулга(Medical examination results)

- Урд өмнө нь сүрьеэ өвчнөөр оношлогдож, эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх (TB treatment history):  
A. Үгүй (No)  B. Тийм (Yes)  C. Одоо эмчлүүлж байгаа (Under treatment)
- Сүрьеэ өвчний халдварын сэжиглэгдэх шинж тэмдэг илэрч байгаа эсэх (Signs & Symptoms suggestive of TB): A. Үгүй (No)  B. Тийм (Yes)
- Цээжний рентген зураг авхуулсан он, сар, өдөр(Date of Chest X-ray): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
A. Хэвийн (Normal)   
B. Эдгэсэн эсвэл сүрьеэ идэвхгүй болсон (Cured or Inactive TB)   
C. Сүрьеэ өвчин оношлогдсон (Suspected active TB)
- Цэрний шинжилгээний он, сар, өдөр (Date of sputum examination): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
1) Түрхцийн шинжилгээ (Sputum AFB smear): A. Сөрөг (Negative)  B. Эерэг (Positive)   
2) Өсгөвөрлөх шинжилгээ (Sputum *M. Tuberculosis* culture): A. Сөрөг (Negative)  B. Эерэг (Positive)   
3) TB PCR (TB PCR): A. Сөрөг (Negative)  B. Эерэг (Positive)  C. Хийгдээгүй (Not done)

II. Үр дүн(Interpretation)

- Сүрьеэгийн халдвартай өвчтөн биш (No active TB)
- Сүрьеэгийн идэвхтэй халдвартай, Сүрьеэгийн идэвхтэй халдвар сэжиглэгдсэн (Active TB or suspected TB)

Уг шинжилгээ дээрх байдлаар хийгдсэн.  
The examination was performed as above

Эмчлэх эрхийн гэрчилгээний дугаар (License No.):

Эмчийн овог, нэр (Name of Physician):

(гарын үсэг/signature)

Шинжилгээний хариу хураангуй (Summary of the examination)	
Дээрх шинжилгээ хийлгэсэн иргэн БНСУ-д зорчих боломжтой эсэх (Remarks about examinee's domestic stay)	
Нэмэлт нарийн шинжилгээ шаардлагатай эсэх (Additional close examination)	* Шаардлагатай тохиолдолд эмчийн магадалгаа хавсаргах (Attach doctor's opinion letter, if needed)

Дээрх иргэний эрүүл мэндийн шинжилгээг баталгаажуулж хянасан болно.  
We hereby certify that the examinee's health status is assessed as above.

..... он ..... сар ..... өдөр

ООО Шинжилгээ хийсэн газрын дарга  
(OOO Chief of Hospital)

(гарын үсэг/signature)