



英国签证申请人结核筛查体检登记表

UK Pre-Departure Tuberculosis Screening Programme

姓名: _____ 性别: 男 女 出生日期: _____ (日/月/年)
 国籍: _____ 护照号码: _____ 护照有效期: _____ 签证类型: _____
 同行 11 岁以下儿童人数 (不含 11 岁): _____ 电话号码: _____
 中国居住地址 (请用英文填写): _____
 英国联系地址 (请用英文填写): _____
 英国邮政编码: _____

● 请如实回答下列问题:

1. 您是否患过肺结核?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 您是否接受过抗结核治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 在过去的三个月内, 您是否有以下症状:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 盗汗 <input type="checkbox"/> 慢性咳嗽 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 体重减轻
4. 过去两年内, 您的家庭成员是否患过肺结核?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您在近期是否接触过活动性肺结核患者?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 针对女性, 您目前是否怀孕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 最近一次月经: _____
7. 针对儿童, 您的孩子是否存在以下情况:	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸系统疾病 (如囊性纤维化) <input type="checkbox"/> 紫绀 <input type="checkbox"/> 呼吸功能不全, 活动受限 <input type="checkbox"/> 胸部手术史

▶▶▶▶▶ 请仔细阅读表格反面《知情同意书》并签字确认。

受理医生 Physician	胸片检查 X-ray	出证医生 Diagnosis	申请人确认取走证书 Acknowledge Receipt of Certificate	特殊情况备注 Remarks



申请人申明：

本人已了解下述情况：

- 在申请入境英国前，我必须接受肺结核筛查（X光检查），并可能进一步接受痰液检查；
- 如果胸部 X 光检查发现异常，医师将对我进行单独询问并告知我进一步检查的步骤；
- 如果我的胸部 X 光检查结果为异常，无论是新发病灶或陈旧病灶，只要该病变提示结核可能，或者存在其他临床表现提示结核可疑，我都必须提供三次痰液标本供结核菌涂片和培养检测。痰培养检查结果需 10 周时间，我对此表示接受。
- 如果需要进行痰液检查，我应在胸部 X 光检查后 7 天内返回进行留痰，采痰需在连续 3 天早晨进行。如果不能在 7 天内返回留痰，我将无法获得签证用“医学证明”。
- 如果痰涂片或培养显示有结核杆菌存在，我须接受抗结核治疗，治疗费用将由我自行承担。我还应告知承担抗结核治疗的医疗机构，与我密切接触的家庭成员可能需要进行相关的结核病评估。
- 我有权拒绝接受结核病筛查或抗结核治疗，但该行为可能影响申请赴英签证。
- 医务人员对于是否给予医学证明具有最终决定权，我对此表示接受。

女性申请人：

所有的女性申请人都将被询问末次月经时间以便确定是否妊娠。

- 如果我已怀孕，以下几个检查方案可供我选择：(1) 穿上铅保护裙后进行胸部 X 光检查；(2) 将胸部 X 光检查（和结核病筛查）推迟到分娩后再进行；(3) 连续留三次痰液标本用于实验室检查。
- 我已了解：胸部 X 光检查对胎儿可能存在危害，但该风险在妊娠第二、第三个阶段非常低。在接受胸部 X 光检查前，我可以就相关风险问题咨询主签名医生或妇产科医生。一旦我决定接受 X 光检查，所有风险将由我自行承担。

本人谨申明如下：

- 同意接受结核病的相关检测；
- 授权贵方及贵方指定的实验室保存检测过程中收集的所有相关个人信息，包括医疗记录和胸部 X 光片；
- 授权贵方和贵方指定的诊所与英国移民当局、英国卫生部、英国健康保护署和英国国家医疗保健服务系统，共享我的个人信息和评估结果；
- 如果我所居住国法律有所要求，我授权贵方将我的检测结果告知该国卫生部门；
- 英国政府及贵方对于结核病评估过程和评估结果可能对我造成的一切损失、伤害或其它危害不承担任何责任。

本人已阅读了《知情同意书》，并已就其中疑问部分咨询医师，本人在此声明接受同意书中内容。

申请人签名

姓名（正楷）

日期

对于儿童或无心智能力签署《知情同意书》的成人： 本人系申请人的父母或法定监护人，接受同意书中内容。
对于不能亲笔签署《知情同意书》的成人： 本人系独立见证人，申请人已经口头同意或经其它非语言形式接受同意书中内容。

签名

姓名（正楷）

与申请人的关系

日期

译者声明(如果需要)：

本人已尽我所能，以申请人能理解的形式为其翻译《知情同意书》中内容。

签名

姓名（正楷）

日期

对于存在妊娠可能的女性签证申请人：

本人确认已了解孕期进行胸部X线检查的相关风险， 本人希望进行胸部X线检查。

签名

姓名（正楷）

日期

医务人员声明(如果需要)：

本人已将知情同意书内容告知申请人， 申请人拒绝接受上述筛查。

签名

姓名（正楷）

日期