

Hälsodeklaration avseende smittskydd inför praktik i patientnära arbete

Avsikten med hälsodeklarationen är att skydda både din och dina patienters hälsa. Som student ansvarar du själv för din hälsodeklaration och att uppgifterna är korrekta. Vid behov uppsöker du din hälsocentral för bedömning och besöker utsedd vaccinerande enhet för eventuella vaccinationsåtgärder, information ges av vaccinationsansvarig på ditt program.

Personuppgifter

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Bostadsort
Postnummer	Utbildningsprogram	Avdelning/arbetsställe
Telefonnr	E-postadress	
Hälsocentral där du är listad		

Frågor (besvaras av studenten)	Ja	Nej	Kommentar/ Vet ej
1. Har du under de senaste 6 månaderna tjänstgjort eller vårdats utanför Sverige eller på svensk enhet med påvisade MRSA-problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Har du haft närkontakt med MRSA-bärare, exempelvis en medlem i det egna hushållet/familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Har du sår, eksem, psoriasis eller andra kroniska hudförändringar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Har du eller har du haft hepatit (gulsot)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Är du vaccinerad mot hepatit B (Twinrix)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.	Är du vaccinerad mot?			Har du haft?		
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
a. Mässling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Röda hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Påssjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) "MPR" (mässling, påssjuka och röda hund) ingår i samma vaccination.

Fortsätt på nästa sida

Hälsodeklaration avseende tuberkulos

Sätt ett kryss i den eller de rutor som du tycker stämmer.

7. Har du ett eller flera av följande symptom?

- Långvarig hosta i mer än 6 veckor
 Feber
 Avmagering, mer än 5 kg på 6 månader
 Natliga svettningar
 Nej, jag har inget av de ovanstående symptomen

8. Har du själv haft tuberkulos?

- Ja Nej Vet inte

9. Har någon anhörig eller annan nära kontakt haft tuberkulos eller kontrollerats för misstänkt tuberkulos?

- Ja Nej Vet inte

Om Ja, vem och när: _____

10. Är du född utanför Sverige?

- Ja Nej

Om Ja, vilket land och hur länge har du varit i ditt födelseland?

11. Har du under de senaste fem åren vistats under en längre tid (mer än tre månader) i ett land utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien?

- Ja Nej

Om Ja, var och hur länge? _____

Ev. övriga kommentarer	
Datum	Underskrift (student)

Hälsodeklarationen förvaras i original av student och vidtagna åtgärder dokumenteras av utsedd enhet.