

Hälsodeklaration avseende smittsamma sjukdomar inför verksamhetsförlagd utbildning inom vård eller vårdnära arbete

Datum: _____ Program: _____

Namn: _____ Personnummer : _____ - _____

I och med att du fyller i dessa uppgifter bidrar du till Region Skånes förebyggande arbete vad gäller smittsamma sjukdomar. Detta för att skydda såväl dig själv som patienter. Du godkänner också att din hälsodeklaration skickas till av utbildningshuvudmannen utsedd företrädare med medicinsk kompetens, för bedömning och att praktikplatssamordnare får ett övergripande hälsouttyg.

1. Har du ett eller flera av följande symtom? (sätt ett kryss i den eller de rutor som du tycker stämmer).

- Långvarig hosta (mer än 2 veckor) Naturliga svettningar
 Feber Avmagring
 Nej, jag har inget av ovanstående symtom

2. Har du blivit behandlad mot tuberkulos?

- Ja Nej/ Vet inte

3. Har någon anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats pga. misstänkt tuberkulos?

- Ja Nej/ Vet inte

[Om ja], vem och när: _____

4. I vilket land är du född? (ditt svar behövs enbart för att avgöra risken för tuberkulosinfektion och återkopplas inte till praktiksamordnare)

5. Har du vistats under längre tid (mer än 3 månader) i ett land utanför Väst-europa/Nordamerika/Australien?

- Ja Nej

[Om ja], var och hur länge? _____

6. Har du under de senaste sex (6) månaderna...

- a. arbetat eller praktiserat i vårdnära arbete eller erhållit sjukvård utanför Norden ineliggande på sjukhus eller annan vårdinrättning exempelvis sjukhem, rehab, barnhem eller fått avancerad poliklinisk behandling till exempel dialys, poliklinisk kirurgi eller sårvård

- Ja Nej/ Vet inte

- b. vistats i högendemiskt område för multiresistenta bakterier (MRB): Asien, Afrika, Mellanöstern, Syd- och Centralamerika med sammanhängande vistelse mer än 2 månader eller har pågående sår eller hudinfektion som uppstått i anslutning till utlandsvistelsen, oavsett vistelsens längd

- Ja Nej/ Vet inte

Var god vänd!

7. Har du eller någon i din familj eller i ditt hushåll ett känt bärarskap av MRSA?

Ja Nej Vet inte

8. Har du haft mässling?

Ja Nej/ Vet inte

9. Är du vaccinerad mot mässling?

Ja Nej/ Vet inte Om ja, vilket år? _____ Antal doser? _____

Jag bekräftar att uppgifterna i ovanstående hälsodeklaration är korrekta samt att jag kontaktar kursansvarig om något av vikt förändras som kan påverka patient- och/eller medarbetarsäkerhet.

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande (textat)