

Hälsodeklaration avseende smittsamma sjukdomar inför praktik inom barn och fritid, vård och omsorg

Uppgifter

Efternamn

Förnamn

Skola

Klass

Mobilnummer

Tuberkulos

Har du ett eller flera av följande symptom?

Långvarig hosta

Ja Nej

Feber

Ja Nej

Avmagring

Ja Nej

Nattliga svettningar

Ja Nej

Har du blivit behandlad mot tuberkulos?

Ja Nej

Har någon anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats på grund av misstänkt tuberkulos?

Ja Nej

Är du född utanför Sverige?

Ja Nej

Om ja, i vilket land är du född?

Har du vistats under längre tid (mer än 3 månader) i ett land utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien?

Ja Nej

Multiresistenta bakterier

Har du arbetat, praktiserat eller fått sjukvård utanför Sverige de senaste 6 månaderna? Ja Nej

Har du varit mer än 2 månader i Asien, Afrika, Mellanöstern, Syd- och Centralamerika de senaste 6 månaderna? Ja Nej

Har du pågående sår eller hudinfektion som uppstått i samband med utlandsvistelse? Ja Nej

Har du rodnad, svullnad eller ömhet vid nagelbanden? Ja Nej

Är någon i din nära omgivning bärare av MRSA? Ja Nej

Mässling

Är du vaccinerad mot mässling? Ja Nej Vet ej

En dos

Två doser

Anser du dig vara frisk? Ja Nej

Jag bekräftar att ovan lämnade uppgifter är korrekta och att jag meddelar arbetsplatsen om jag får symptom på luftvägs-, hud- eller tarmsjukdom.

Elevens underskrift

Vårdnadshavares underskrift
om elev är under 18 år

Namnförtydligande elev

Namnförtydligande vårdnadshavare

Datum