### Hälsodeklaration om smittskydd inför praktik i patientnära arbete

Avsikten med hälsodeklarationen är att skydda både din och dina patienters hälsa. Som student/elev ansvarar du själv för uppgifterna är korrekta i din hälsodeklaration.

Vid behov uppsöker du din hälsocentral för bedömning och besöker utsedd vaccinerande hälsocentral för eventuella vaccinationsåtgärder. Är du osäker om du haft nedanstående sjukdomar fråga målsman/ nära anhörig.

Personuppgifter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | | Personnummer |
| Utdelningsadress | Bostadsort | Telefonnr |
| Utbildningsprogram | Avdelning/arbetsställe | E-postadress |
| E-postadress | | Tidigare anställd i regionen  Ja  Nej |
| Hälsocentral där du är listad | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frågor (besvaras av studenten)** | **Ja** | **Nej** | **Kommentar/ Vet ej** |
| 1. Har du känt pågående bärarskap av MRSA (Meticillinresistenta Staphylococcus aureus)? |  |  |  |
| 2. Har du under de senaste 6 månaderna tjänstgjort eller vårdats utanför Sverige eller på svensk enhet med påvisade MRSA-problem? |  |  |  |
| 3. Har du haft närkontakt med MRSA-bärare, exempelvis en medlem i det egna hushållet/familjen? |  |  |  |
| 4. Har du sår, eksem, psoriasis eller andra kroniska hudförändringar eller hudsjukdomar? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. |  |  | **Är du vaccinerad mot?** | | | | **Har du? / Har du haft?** | | |
| **Ja** | **Antal doser** | | **Senaste**  **årtal** | **Nej** | **Vet ej** | **Ja** | **Nej** | **Vet ej** |
| a. Mässling |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| a. Röda hund |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| b. Vattkoppor |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| c. Hepatit B |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| d. Difteri- grundskydd |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| d. Difteri-booster senaste 20 åren |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| e.Covid-19\* |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| f. Influensa |  |  | |  |  |  |  |  |  |

a) ”MPR” (mässing, påssjuka och röda hund) ingår i samma vaccination. d) Ges som kombinationsvaccin tillsammans med stelkramp.

**Hälsodeklaration avseende tuberkulos**

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

6. Har du ett eller flera av följande symtom?

Långvarig hosta i mer än 6 veckor

Feber

Avmagring, mer än 5 kg på 6 månader

Nattliga svettningar

Nej, jag har inget av de ovanstående symptomen

7. Har du själv haft tuberkulos?

Ja  Nej  Vet inte

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

Ja  Nej  Vet inte

Om Ja, vem och när:

9. Är du född utanför Sverige?

Ja  Nej,

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

10. Har du 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/elev) |