### 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) |