Namn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personbeteckning\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hemkommun\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tfn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-postadress\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Utbildningsområde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grundvaccination** | **Datum** |  |
| Tetanus-d  (stelkramp difteri)  dtap (Boostrix)  (difteri, stelkramp och kikhosta) | I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_ | Dtap vaccinet fås enligt vaccinationsprogram vid 15 och 25 års ålder. |
| Polio | I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_ | Boostervaccination enbart vid behov med fem års mellanrum. |
| MPR  (mässling, påssjuka,  röda hund) | I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  II \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_ | eller har haft följande sjukdomar:  mässling  påssjuka  röda hund |
| Influensavaccination  Ges årligen | Senaste vaccinering,  år \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jag vet inte |  |
| Vattkoppsvaccination (Varilrix eller Varivax)  **Frivilliga vaccinationer**  Hepatit-A (Havrix eller Epaxal)  Hepatit-B (Engerix-B eller HBVaxPro)  Kombinationsvaccin  Hepatit A+B (Twinrix) | I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  II \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_    I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  II \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  II \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  III \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  I \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  II \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_  III \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_ | Eller har haft vattkoppor  ja  nej |

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.

Ort och datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bedömning av tuberkulosrisk:**

Har du varit i närkontakt med en person som har tuberkulos i andningsorganen (t.ex. person som bor i samma hushåll, släkt, vänner)?  ja  nej

Har du tidigare lidit av tuberkulos?  ja  nej

Har du vårdat tuberkulospatienter i vilket land som helst?  ja  nej

Land/länder du fötts i/bott i eller vistats i utan avbrott i minst 12 månader:

Länder där du utan avbrott arbetat inom hälsovården i minst 3 månader:

Har du haft följande symptom?

Hosta utan avbrott i över 3 veckor  ja  nej

Upphostningar (slem med hostan)  ja  nej

Blod med hostan  ja  nej

Feber i över 2 veckor  ja  nej

Nattsvettning i över 2 veckor  ja  nej

Avvikande trötthet i över 2 veckor  ja  nej

Avmagring  ja  nej

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.

Ort och datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_