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  |
| InfluensavaccinationGes årligen | Senaste vaccinering, år \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jag vet inte |  |
| Vattkoppsvaccination (Varilrix eller Varivax)**Frivilliga vaccinationer**Hepatit-A (Havrix eller Epaxal)Hepatit-B (Engerix-B eller HBVaxPro)KombinationsvaccinHepatit 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_