

Chefens mall för åtgärd med anledning av svar på hälsodeklaration

Personuppgifter:

<i>Namn</i>		<i>Personnummer</i>
<i>Utdelningsadress</i>	<i>Ortsadress</i>	<i>Telefonnummer (bostad) även riktnummer</i>
<i>Sökt anställning</i>	<i>Avdelning/arbetsställe</i>	

Vid markerade svarsalternativ ska sökande remitteras till läkare/företagshälsovård

	Ja	Nej/vet ej.	Kommentar i remissen
Har du haft			
- mässling	<input checked="" type="checkbox"/>		Se punkt om vaccination för ev. remiss
- påssjuka	<input checked="" type="checkbox"/>		Se punkt om vaccination för ev. remiss
- röda hund	<input checked="" type="checkbox"/>		Se punkt om vaccination för ev. remiss
- vattkoppor	<input checked="" type="checkbox"/>		Se punkt om vaccination för ev. remiss
Är du vaccinerad med 2 doser mot			
- mässling	<input checked="" type="checkbox"/>		För att erbjuda vaccination
- påssjuka	<input checked="" type="checkbox"/>		För att erbjuda vaccination
- röda hund	<input checked="" type="checkbox"/>		För att erbjuda vacc., särskilt till fertil kvinna
Är du vaccinerad mot vattkoppor	<input checked="" type="checkbox"/>		För att vid behov erbjud vaccination
Har du eller någon i din nära omgivning haft TBC?	<input checked="" type="checkbox"/>		Tuberkulos bedömning
Är du BCG (TBC) vaccinerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remiss till läkare/företagsh. behövs ej Info av värde vid eventuell tbc exposition.
Är du vaccinerad mot Hepatit B, med 3 doser?			<input checked="" type="checkbox"/> För att erbjuda vaccination
Har du fått fem doser med stelkramp och difterivaccin?			<input checked="" type="checkbox"/> För att erbjuda vaccination
Har du fått fyra doser poliovaccin?			<input checked="" type="checkbox"/> För att erbjuda vaccination
Är du eller någon i din nära omgivning bärare av MRSA*?	<input checked="" type="checkbox"/>		För MRSA screening
Har du - långvarig hosta eller oklar feber?	<input checked="" type="checkbox"/>		Sjukdomsbedömning
- eksem, psoriasis eller annan hud sjuk?	<input checked="" type="checkbox"/>		Hudbedömning
- arbetat inom sjukvård eller själv sjukvårdats utanför Norden eller på svensk avd med MRSA de senaste 6 månaderna*?	<input checked="" type="checkbox"/>		För MRSA screening
- någon långvarig eller allvarlig sjukdom?	<input checked="" type="checkbox"/>		Sjukdomsbedömning
Känner du dig frisk?		<input checked="" type="checkbox"/>	Allmän bedömning

Chefens bedömning av hälsodeklaration. Datum och signatur.....

Remiss 1 avsänd till läkare/företagshälsovård angåendedatum och signatur.....

Remiss 2 avsänd till läkare/företagshälsovård angåendedatum och signatur.....

Namn ansvarig chef:

*MRSA-odling från näsa, svalg, perineum och ev. hudskada ska utföras om svaret är ja på någon av dessa frågor.