

Chefens mall för åtgärd med anledning av svar på hälsodeklaration

Personuppgifter:

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

Vid markerade svarsalternativ ska sökande remitteras till läkare/företagshälsovård

Ja Nej/vet ej. Kommentar i remissen

Har du haft

- | | | |
|--------------|----------|--|
| - mässling | X | Se punkt om vaccination för ev. remiss |
| - påssjuka | X | Se punkt om vaccination för ev. remiss |
| - röda hund | X | Se punkt om vaccination för ev. remiss |
| - vattkoppor | X | Se punkt om vaccination för ev. remiss |

Är du vaccinerad med 2 doser mot

- | | | |
|-------------|----------|--|
| - mässling | X | För att erbjuda vaccination |
| - påssjuka | X | För att erbjuda vaccination |
| - röda hund | X | För att erbjuda vacc., särskilt till fertil kvinna |

Är du vaccinerad mot vattkoppor

X För att vid behov erbjud vaccination

Har du eller någon i din nära omgivning haft TBC?

X Tuberkulos bedömning

Är du BCG (TBC) vaccinerad?

☐ ☐ Remiss till läkare/företagsh. behövs ej
Info av värde vid eventuell tbc exposition.

Är du vaccinerad mot Hepatit B, med 3 doser?

X För att erbjuda vaccination

Har du fått fem doser med stelkramp och difterivaccin?

X För att erbjuda vaccination

Har du fått fyra doser poliovaccin?

X För att erbjuda vaccination

Är du eller någon i din nära omgivning bärare av MRSA*?

X För MRSA screening

Har du - långvarig hosta eller oklar feber?

X Sjukdomsbedömning

- eksem, psoriasis eller annan hud sjuk?

X Hudbedömning

- arbetat inom sjukvård eller själv sjukvårdats
utanför Norden eller på svensk avd med
MRSA de senaste 6 månaderna*?

X För MRSA screening

- någon långvarig eller allvarlig sjukdom?

X Sjukdomsbedömning

Känner du dig frisk?

X 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.