

Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos

Fyll i nedanstående och ta med till besöket.

Har du ett eller flera av följande symtom?

Sätt X i den eller de rutor du tycker stämmer.

- ☐ Långvarig hosta (mer än två veckor)
- ☐ Feber
- ☐ Viktnedgång
- ☐ Nattliga svettningar
- ☐ NEJ, jag har inget av de ovanstående symtomen

Har du haft tuberkulos?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Har du tidigare fått behandling för vilande (latent) tuberkulos?

☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, vilket år?

Hur länge fick du behandling?

Har du någon sjukdom/sjukdomar?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilka sjukdomar?

.....

Har någon anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats p.g.a. misstänkt tuberkulos?

☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, vem och när?.....

Är du född utanför Sverige?

☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, vilket land och när flyttade du till Sverige?

.....

Har du vistats under längre tid än 3 månader i ett land
utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien?

☐

Ja

☐

Nej

Om Ja: var, när och hur länge?

.....

Har du arbetat med flyktingar eller vistats i flyktingläger?

☐

Ja

☐

Nej

Har du vistats i fängelse utomlands?

☐

Ja

☐

Nej

Har du arbetat inom infektionssjukvård eller lungsjukvård?

☐

Ja

☐

Nej

Är du tuberkulosvaccinerad (BCG-vaccin)?

☐

Ja

☐

Nej

☐

Vet inte

Om Ja, varför, när och var?

.....

Tar du några mediciner?

☐

Ja

☐

Nej

Om Ja, vilken/vilka medicin/er.....

.....

Namn:

Datum för ifyllande:

Personnummer: