

## Remiss Tuberkulos vaccination

Remissmottagare
-----------------

Avsändare remiss
------------------

<b>Barnets uppgifter</b>	
Personnummer	
Namn	
Adress	
c/o	
Postadress	Postort
Telefon	
Telefon	
Namn Vårdnadshavare	

Ansvarig sjuksköterska/läkare
-------------------------------

Tolkbehov Ja    Nej    Aktuellt språk
---------------------------------------

### Anledning/orsak till vaccination

Ja

Nej

Familjeursprung från land med ökad eller hög förekomst av tuberkulos.		
Vid Ja ange land:		
Resa till högriskområde enligt WHO's karta planeras,		
Vid Ja ange land:		
Annat:		

Ja

Nej

Har PKU prov tagits enligt rutin		
Har barnet vårdats på sjukhus, eller utreds för närvarande för misstänkt sjukdom eller syndrom?		
Har barnet svåra hudförändringar, eksem eller utbredd svampinfektion (torsk) i mun/blöjregion/annan lokalisation som inte svarat på behandling?		
Har barnet avvikelser i tillväxt utan rimlig förklaring?		
Finns det föräldrar, syskon, kusiner eller föräldrars syskon som haft en svår sjukdom tidigt i livet (<2 års ålder)?		

