OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Daniel Svensson, (dansv14), Överläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare
Giltig från: 2026-09-24
Giltig till: 2028-09-23

Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos

Till alla nyanställda på SÄS

- För att undvika smittspridning till patienterna är det viktigt att känna till om du har symtom på eller riskerar att insjukna i tuberkulos. Om det finns behov av att utreda dig närmare blir du remitterad till infektions-mottagningen, SÄS.
- Det är inte aktuellt med vaccination för tuberkulos (BCG) för anställda inom vården, då den inte är effektiv som skydd för tuberkulos hos vuxna.
- Risken för att du själv ska kunna smittas av någon patient är minimal om du iakttar föreskrivna skyddsåtgärder vid tuberkulos.
- Besvara frågorna nedan och lämna snarast till din chef innan du börjar ditt arbete.
- Dina uppgifter kommer att sparas under sekretess enligt 39 kap 2§ Offentlighets och sekretesslagen (2009:400) som innebär att sekretessen är densamma som för andra uppgifter om medarbetare.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Till vederbörande chef, SÄS

Nej-svar på alla frågor

Informera den nyanställde allmänt om tuberkulos, uppmärksamma på risker och tidiga symtom, samt uppmana att söka sjukvård tidigt vid tuberkulos-misstanke. Informationsblad om Tuberkulos.

Ja-svar

- Om fråga 1 besvaras med Ja ska den nyanställde skyndsamt utredas på infektionsmottagningen. I avvaktan på akut läkarbedömning ska den nyanställde inte arbeta. Kontakta infektionsmottagningen på telefon **033 – 616 45 86** för tidbokning.
- Om någon av frågorna 2-5 besvaras med Ja sker uppföljning på infektionsmottagningen och remiss skrivs dit. Använd bilaga 1, Remissfråga. Den nyanställde kan arbeta.

Namn .....

Personnummer .....

Anställd på SÄS, verksamhet/avdelning .....

Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos

Har du ett eller flera av följande symtom?

(sätt ett kryss i den eller de rutor du tycker stämmer)

☐Långvarig hosta (mer än tre veckor)

☐ Feber

☐ Avmagring

☐ Nattliga svettningar

☐ Nej, jag har inget av de ovanstående symtomen

Har du själv haft tuberkulos?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Har någon nära anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats p.g.a. misstänkt tuberkulos under de senaste fem åren?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Om ja, vem och när: .....

.....

Är du född utanför Sverige?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, i vilket land och hur länge har du bott i Sverige? .....

.....

Har du under de senaste fem åren vistats under längre tid (mer än 3 månader) i ett land utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, var och hur länge? .....

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Daniel Svensson, (dansv14), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-401

Version: 6.0

Giltig från: 2026-09-24

Giltig till: 2028-09-23