



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
- Natliga svettningar
- NEJ, jag har inget av de ovanstående symtomen

Datum för ifyllande:

Namn:

Personnummer:

Har du haft tuberkulos? Ja Nej Vet inte

Är du tidigare frisk? Ja Nej

Om Nej, 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.....

Har du gjort tuberkulintest (PPD) tidigare? Ja Nej Vet inte

Om Ja, varför, när och var.....

Tar du några mediciner? Ja Nej

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

Är du gravid? Ja Nej