

# Hälsodeklaration avseende tuberkulos

## Studenter Vård & omsorgsprogrammet

Namn: .....

Person nr: .....

### 1. Har du ett eller flera av följande symtom?

- Långvarig hosta (> tre veckor)
- Feberperioder
- Avmagring (> 5 kg på 6 mån)
- Natliga svettningar
- Nej, jag har inget av ovanstående symtom

### 2. Har du själv haft tuberkulos?

- Ja       Nej       Vet inte
- Om Ja, när?

### 3. Har någon av dina anhöriga eller annan nära kontakt haft tuberkulos?

- Ja       Nej       Vet inte
- Om Ja, vem och när?

### 4. Har någon av dina anhöriga eller annan nära kontakt kontrollerats för misstänkt tbc?

- Ja       Nej       Vet inte
- Om Ja, vem och när?

### 5. Är du född i Sverige?

- Ja       Nej
- Om Nej, i vilket land och sedan när är du bosatt i Sverige?

### 6. Har du någon gång vistats under längre tid (> tre månader) i ett land utanför Norden?

- Ja       Nej
- Om Ja, var och hur länge?

### 7. Är du vaccinerad mot tuberkulos?

- Ja       Nej
- Om Ja, när och i vilket land?

### 8. Har du någon allvarlig sjukdom/har du tidigare behandlats för en allvarlig sjukdom?

- Ja       Nej       Vet inte
- Om Ja, vilken sjukdom?

### 9. Använder du regelbundet läkemedel som påverkar immunförsvaret, t ex kortison, cytostatika (cellgifter), TNF-alfa-blockerare (t ex Remicade)?

- Ja       Nej       Vet inte
- Om Ja, vilket läkemedel?

### 10. Har du tidigare reagerat ogynnsamt på vaccination?

- Ja       Nej       Vet inte
- Om Ja, mot vilket vaccin och på vilket sätt?

### 11. Är du gravid?

- Ja       Nej

**Jag bekräftar att uppgifterna i ovanstående hälsodeklaration är fullständiga och sanna.**

Datum:

Underskrift:

PPD avläst: ..... /..... 20 .....

..... mm

OBS! Vid PPD-reaktion > 6 mm bör man avstå från vaccination.

Det föreligger inga kontraindikationer mot BCG-vaccination (0,1 ml ic).

Datum:

Leg läkare: