

## Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

1. Har du ett eller flera av följande symtom? *Sätt kryss i den eller de rutor som du tycker stämmer.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Långvarig hosta (mer än 2 veckor)              | <input type="checkbox"/> Slembildning från luftrören i mer än en månad |
| <input type="checkbox"/> Feberperioder                                  | <input type="checkbox"/> Avmagring                                     |
| <input type="checkbox"/> Nattdliga svettningar                          |  |
| <input type="checkbox"/> Nej, jag har inget av de ovanstående symtomen. |  |

2. Har du själv haft tuberkulos?

- Ja  Nej  Vet inte

3. Har någon anhörig eller annan nära kontakt haft tuberkulos eller kontrollerats för misstänkt tuberkulos?

- Ja  Nej  Vet inte

Om Ja, vem och när? \_\_\_\_\_

4. Är du född utanför Sverige?

- Ja  Nej

Om Ja, i vilket land och hur länge var du i ditt födelseland? \_\_\_\_\_

5. Har du vistats under längre tid (mer än 3 månader) i ett land utanför Västeuropa, Nordamerika eller Australien?

- Ja  Nej

Om Ja, var och hur länge? \_\_\_\_\_

Om ja på **fråga 1-3** kontakta företagshälsovård eller vårdcentral (*enligt lokal rutin*) för vidare bedömning och utredning. Om ja på **fråga 4-5** kolla på länken nedan om landet har hög eller särskilt hög risk och kontakta i så fall företagshälsovård eller vårdcentral (*enligt lokal rutin*) för vidare bedömning och utredning. Risk finns för personer som levit i nära kontakt med lokalbefolkningen.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-a-o/tuberkulos-tb/risklander-for-tuberkulos/>

**Fråga 6** Generellt vaccineras inte personal inom vård och omsorg mot tuberkulos eftersom vaccinet har en begränsad skyddseffekt.

Frågorna i formuläret är nationellt utformade för att passa olika typer av verksamheter. Anvisningarna under är lokalt anpassade för länets kommuner.