

Hälsodeklaration inför vårdnära praktik

Ifylles av elev i god tid innan vårdnära praktik och lämnas till anvisad enhet. Mer information för anvisad enhet finns på [Hälsodeklaration vid praktik – Vårdgivare](#) (Sökebar på vardgivare.regionhalland.se)

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postadress	Ort
Telefonnummer	Skola	Listad vårdcentral
Datum	Underskrift	Målsmans underskrift (om under 18 år)

Tuberkulos	JA	NEJ
1. Har du ett eller flera av följande symtom?		
• Långvarig hosta (> 3 veckor)?		
• Feberperioder?		
• Viktnedgång (ofrivillig, >5 kg på 6 månader)?		
• Nattliga svettningar?		
2. Har du själv haft tuberkulos? Om Ja, när och var fick du behandling?		
3. Har någon av dina anhöriga eller annan nära kontakt haft tuberkulos? Om Ja, vem och när? Annan ev. kommentar		
4. Är du född utanför Sverige? Om Ja, var?		
5. Har du under de senaste fem åren vistats mer än tre månader i ett land utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien? Om ja, var?		

Mässling	JA	NEJ
6. Har du haft mässling? <i>Ev kommentar</i>		
7. Är du vaccinerad med minst två doser MPR (mässling, påssjuka, röda hund)? <i>Ev kommentar</i>		
MRSA		
8. Har du de senaste 6 månaderna arbetat eller praktiserat inom vård och omsorg utanför Norden? (screenas du regelbundet var tredje månad på grund av arbete inom vård och omsorg utanför Norden, kan du svara nej på denna fråga) <i>Om Ja, var och när?</i>		
9. Har du vistats utanför Norden med sammanhängande vistelse >2 månader de senaste 6 månaderna? <i>Om Ja, var och när?</i>		
10. Är någon i ditt hushåll bärare av MRSA?		
11. Har du de senaste 6 månaderna vårdats inlaggande sjukhus eller erhållit poliklinisk behandling utanför Norden? (Poliklinisk behandling avser exempelvis urinkateter, operativa ingrepp inkl. kirurgisk tandvårdsbehandling och skönhetsingrepp där hudbarriären har brutits). <i>Om Ja, var, vad och när?</i>		
Hepatit B	JA	NEJ
12. Är du vaccinerad med tre doser mot Hepatit B? <i>Om Nej, ange om du vaccinerad med noll, en eller två doser och i så fall när?</i> <i>Ev. kommentar</i>		

Vattkoppor		
13. Har du haft vattkoppor? <i>Ev. kommentar:</i>		
14. Är du vaccinerad mot vattkoppor med två doser? <i>Ev. kommentar:</i>		
Eksem		
15. Har du eksem på händer, underarmar eller armbågar? <i>Om Ja, beskriv var och ev. orsak samt ev. åtgärder?</i>		