

HÄLSOINTYG

Ifylles av sjuksköterska eller läkare utifrån hälsodeklaration

Namn	Personnummer
Skola/praktikplatsförmedlare	

Utifrån uppgifter från hälsodeklaration har följande åtgärder vidtagits. Kryssa i det alternativ som ni har åtgärdat.

MRSA- prov: ☐ Ej aktuellt ☐ Pos ☐ Neg

När/var: _____

Finns eksem på händer och underarmar eller armbågar: ☐ Ja ☐ Nej

Åtgärder: _____

Testad för TB: ☐ Ej aktuellt ☐ Pos, remitterad ☐ Neg

När/var: _____

Bedöms ha immunitet mot mässling: ☐ Ja ☐ Nej

Åtgärder: _____

Bedöms ha immunitet mot Hepatit B: ☐ Ja ☐ Nej

Åtgärder: _____

Bedöms ha immunitet mot Vattkoppor: ☐ Ja ☐ Nej

Åtgärder: _____

Det har vid undersökningen:

☐ Inte framkommit några anmärkningar av betydelse

☐ Framkommit följande begränsningar (t.ex. viss typ av vårdtagarnära arbete bedöms olämpligt av medicinska skäl):

Intygas

.....

Datum

Undersökande läkare/sjuksköterska och enhetens namn

Blanketten skrivs under och sparas i minst två kopior varav studenten, eleven, praktikanten behåller den ena. Ska vid förfrågan kunna uppvisas på praktikplats.