

Hälsodeklaration inför vårdtagarnära lärande*

Gäller inför allt vårdtagarnära lärande* i Region Stockholm och i vårdverksamhet som har avtal med Region Stockholm. Hälsodeklarationens syfte är att förhindra smittspridning vid vårdtagarnära arbete.

* Vårdtagarnära lärande inkluderar praktik, VIL, LIA, VFU, PRAO och APL.

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postadress	Telefonnummer
Typ av praktik/VIL	Avdelning/arbetsställe	Skola/utbildningsinstans

	Ja	Nej	Vet ej	Årtal/antal doser/ annan kommentar
1. Är du hepatit B-vaccinerad?	☐	☐	☐	
2. Har du haft vattkoppor?	☐	☐	☐	
3. Är du vaccinerad mot vattkoppor?	☐	☐	☐	
4. Har du haft mässling?	☐	☐	☐	
5. Är du vaccinerad mot mässling?	☐	☐	☐	
6. Är du vaccinerad mot difteri?	☐	☐	☐	
7. Är du vaccinerad mot covid-19?	☐	☐	☐	
8. Har du sår, eksem eller skadad hud?	☐	☐		
9. Har du haft kontakt med sjukvård eller tandvård utanför Norden de senaste 6 månaderna (i arbete, praktik eller som patient)?	☐	☐		
10. Är någon i ditt hushåll bärare av MRSA?	☐	☐		

→Fortsättning nästa sida

	Ja	Nej	Vet ej	Årtal/antal doser/ annan kommentar
11. Har du långvarig hosta (mer än 3 veckor), feber, avmagring eller nattliga svettningar?	☐	☐		
12. Har du haft tuberkulos?	☐	☐	☐	
<u>Om ja:</u> Var och när har du fått behandling				
13. Är du tidigare testad för tuberkulos med tuberkulintest (PPD, hudtest) eller IGRA-test (Quantiferon, särskilt blodprov)?	☐	☐	☐	
<u>Om ja:</u> När? Var? Vet du resultatet?				
14. Har någon nära anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats pga misstänkt tuberkulos de senaste 5 åren?	☐	☐	☐	
15. Har du under de senaste 5 åren vistats under mer än 3 månader i ett land utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien?	☐	☐		
<u>Om ja,</u> vilket land och hur länge?				
16. Har du något annat medicinskt tillstånd som kan påverka dig i din praktik?	☐	☐		

Eventuella kommentarer

Datum:

Underskrift:

Vårdnadshavares underskrift (för person <18 år)

.....