

Mall för åtgärd med anledning av svar på hälsodeklaration inför/under anställning - Rutin - Hälso- och sjukvård

Titel: Mall för åtgärd med anledning av svar på hälsodeklaration inför/under anställning	Dokumentkategori: Rutin	Omfattning: Hälso- och sjukvård
Dokumentägare: Smittskyddsläkaren	Dokumentansvarig: Administratör, smittskydd	Beslutsinstans: Smittskyddsläkaren
Diarienummer: Ej tillämpligt		Datum för översyn: Se giltigt t o m

Mall för åtgärd med anledning av svar på hälsodeklaration inför/under anställning

Personuppgifter:

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Ortsadress	Telefonnummer (bostad) även riktnummer
Sökt anställning	Avdelning/arbetsställe	

Vid markerade svarsalternativ ska sökande remitteras till hälsocentral/företagshälsovård.

	Ja	Nej/Vet ej	Kommentar i remissen
Har du haft			
- mässling		x	se punkten Är du vaccinerad mot ...
- påssjuka		x	se punkten Är du vaccinerad mot ...
- röda hund		x	se punkten Är du vaccinerad mot ...
Är du vaccinerad mot			
- mässling		x	erbjuds vaccination**
- påssjuka		x	erbjuds vaccination**
- röda hund		x	erbjuds vaccination, särskilt till fertil kvinna**
Har du eller någon i din nära omgivning haft TBC?	x		bedömning om tuberkulos
Är du BCG (TBC) vaccinerad?		x	remiss till läkare/företagshälsovård behövs ej, info av värde vid eventuell tbc exposition
Är du vaccinerad mot hepatit B?		x	erbjuds vaccination**
Är du vaccinerad mot stelkramp (kikhosta och difteri)?		x	erbjuds vaccination**
Är du vaccinerad mot polio?		x	erbjuds vaccination**
Är du bärare av MRSA*?	x		arbetsgivaren tar ställning till anställning
Är du bärare av MRSA*?		x	MRSA screening (om svaret är vet ej)
Har du			
- långvarig hosta eller oklar feber	x		sjukdomsbedömning krävs
- protes, eksem, psoriasis eller annan hudsjukdom?	x		sjukdomsbedömning krävs
- under de senaste 6 månaderna arbetat inom sjukvård utanför Norden eller vårdats som patient på utländskt sjukhus eller vårdats som patient på svenskt sjukhus, där känd spridning av MRSA* funnits?	x		MRSA screening
- någon långvarig eller allvarlig sjukdom?	x		sjukdomsbedömning krävs
Känner du dig frisk?		x	allmän bedömning

Chefens bedömning av hälsodeklaration. Datum och signatur.....

Remiss 1 avsänd till läkare/företagshälsovård angående.....datum och sign.....

Remiss 2 avsänd till läkare/företagshälsovård angående.....datum och sign.....

Namn ansvarig chef

* MRSA-odling från näsa, svalg, perineum och ev hudskada ska utföras om svaret är ja på någon av dessa frågor.

** Om sökande ej vill vaccineras tar arbetsgivaren ställning till anställning i samråd med Vårdhygien.