

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"/> Nattliga 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 företagshälsovården 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 vårdcentral för vidare bedömning och utredning. Risk finns för personer som levt i nära kontakt med lokalbefolkningen

[Riskländer Tbc](#)

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