

Personnummer _____

Namn _____

1 Har du ett eller flera av följande symtom?

- ☐ Långvarig hosta (mer än 2 veckor)
- ☐ Slembildning från luftrören i mer än en månad
- ☐ Feberperioder
- ☐ Avmagring
- ☐ Nattliga svettningar
- ☐ 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 din närmaste chef för vidare bedömning och utredning.

Om ja på fråga 4-5 kontakta din närmaste chef för vidare bedömning och utredning.