

Hälsodeklaration

Vid PRAO/APL/VFU/LIA/praktik och vuxenstuderande i Region Gävleborg
och i vårdverksamhet med avtal med Region Gävleborg.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postadress	Telefon
PRAO/APL	Skola	Ort

Årtal/kommentar

Har du haft mässling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Är du vaccinerad mot mässling med 1 dos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Är du vaccinerad mot mässling med 2 doser?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Har du haft vattkoppor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Är du vaccinerad mot vattkoppor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Har du sjukhusvårdats eller arbetat inom sjukvården utanför Norden de senaste 6 månaderna?*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Är du bärare av MRSA*?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Är någon i din nära omgivning bärare av MRSA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Har du – långvarig hosta eller oklar feber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Är du BCG (TBC) vaccinerad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Är du hepatit B- vaccinerad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>
Har du sår, eksem eller annan kronisk hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> vet ej	<input type="text"/>

Eventuella kommentarer:

.....
Datum

.....
Elevens underskrift

.....
Målsmans underskrift (om elev yngre än 18 år)

.....
Namnförtydligande

*Om svaret är ja på någon av dessa frågor behöver en åtgärd göras av läkare för att elev ska godkännas för praktik.