

Hälsodeklaration patient gällande tbc

Personnummer	Namn
Telefon	

Sätt ett kryss i den eller de rutor som du tycker stämmer.

1. Har du ett eller flera av följande symtom?

- Långvarig hosta (mer än 3 veckor)
- Hosta med slem
 - Hosta utan slem
- Feberperioder
- Avmagring, mer än 5kg på 6 månader
- Nattnliga svettningar
- Nej, jag har inget av ovanstående symtom

2. Har du själv haft tuberkulos?

- Ja Nej Vet inte

Om Ja, hur lång behandling/vilken medicin?.....

.....

3. Har någon anhörig eller annan nära kontakt t.ex. i arbetet eller skola haft tuberkulos?

- Ja Nej Vet inte

Om Ja, vem och när?.....

4. Har någon av dina anhöriga eller annan nära kontakt utretts på grund av misstänkt tuberkulos?

- Ja Nej Vet inte

Om Ja, vem och när?.....

5. Är du vaccinerad mot tuberkulos (BCG/Calmettvaccin)?

- Ja Nej Vet inte

Om Ja, vet du när och var?.....

6. Är du född i ett land utanför Sverige? Ja Nej

Om Ja, vilket land och vilket år flyttade du från ditt födelseland?.....

7. Har du vistats under längre tid (mer än ett år) i ett land utanför Sverige? Ja Nej

Om Ja, var och hur länge?.....

8. Har du, eller har du haft en sjukdom som sätter ned immunförsvaret? Ja Nej Vet inte

Om Ja, vilken sjukdom?.....

9. Medicinerar du, eller har du tidigare medicinerat, med cellgifter och/eller kortison? Ja Nej Vet inte

Om Ja, vilken medicin?.....

-----**Nedan fylls i av infektionsmottagningen**-----

Index.....

	Datum	Resultat
IGRA I
IGRA II
Lungröntgen

Avslutas

.....
Ansvarig läkare.....
Datum