

## Hälsointyg\*/remissvar

Namn på person som remitterats för vaccination	Personnummer
Remitterande enhet	Remitterande chef

### Det har vid undersökningen:

inte framkommit några anmärkningar av betydelse

framkommit följande begränsningar:

bedömts att den undersökte av medicinska skäl är olämplig

Hudkostym undersökt och utan anmärkning    ja  nej

Ev. kommentar

Haft vattkoppor             Ja             Nej             Vet ej             Vet ej, prov taget på företagshälsan

Haft mässling             Ja             Nej             Vet ej

Vaccinerad mot mässling     Ja             Nej             Vet ej

Testad för Tbc\*\*             Ej utförd     Positiv     Negativ

BCG vacc                     Ja             Nej

Stelkramp och difteri vacc     Ja             Nej

Polio vacc                     Ja             Nej

Hepatit B vacc             Ja             Nej             Nej, men inleds via företagshälsan

MRSA-odling\*\*\*             Ej utförd     Positiv     Negativ

Har obehandlat eksem  
eller annan hudsjukdom     Ja             Nej             Vet ej

### Intygas

.....  
Datum

.....  
Undersökande läkare/sjuksköterska

.....  
Namnförtydligande

\* Intyg anpassat till "Hälsodeklaration i Region Gävleborg", [Platina ID 04-242944](#)

\*\* Quantiferontest eller PPD ska utföras om ursprung högendemiskt land och/eller kontakt med tuberkulos. Se WHO: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/smittskydd-sjukdomar/vaccinationer/risklander-tb-enligt-who-rapport-2018.pdf>

\*\*\* MRSA-odling från näsa, svalg och perineum samt eventuella hudskador och sår ska utföras om personen arbetat inom sjukvården eller sjukvårdats utanför Sverige de senaste 6 månaderna, samt om någon i personens nära omgivning är bärare av MRSA.