

Helseerklæring

Forhåndsundersøkelse – Tuberkulose (TB)¹

Korrekt utfylt skjema returneres til Personalavdelingen sammen med arbeidskontrakten, og er en forutsetning for å være i pasientrettet arbeid ved sykehuset.

Fornavn:	Etternavn:	Personnr. (11 siffer):
Adresse:	Postnr:	Sted:
Stilling:	Avd./enhet:	Ansettelsesdato:
Mobil:	E-post:	Nasjonalitet:

Plikten til forhåndsundersøkelse for tuberkulose gjelder for alt helsepersonell som skal tiltre i fast, midlertidig, hel- og deltidsstilling, samt personer under opplæring eller hospitering.

Kryss av for det som er aktuelt:	Ja	Nei
Har du oppholdt deg sammenhengende i <i>minst 3 måneder i løpet av de siste 3 årene</i> i land* med høy forekomst av tuberkulose?		
Har du vært i kontakt med kjent/mistenkt tuberkulose-syk person?		

Land* - Helsedirektoratet oppdaterer liste over land med høy forekomst av tuberkulose, se helsedirektoret.no

Dersom du svarer JA på ett av disse spørsmålene skal du ta tuberkuloseundersøkelse før tiltredelse/gjeninntredelse/opplæring/hospitering. Ta kontakt med din fastlege.

Svarte du NEI trenger du ikke foreta deg noe. Du kan ikke starte i arbeid før resultatene av testene foreligger og er negative. Senere i din ansettelse er det ditt ansvar å melde fra til nærmeste leder dersom du i løpet av ansettelsen har vært i en situasjon hvor du kan ha bli smittet.

Kryss av:	Ja	Nei
Vedlagt kopi av tuberkuloseundersøkelse		

¹FOR-2009-02-13-205: Forskrift om tuberkulosekontroll.

Din vaksinasjonsstatus (du plikter ikke å svare på dette spørsmålet)

Er du vaksinert mot:	Ja	Antall doser	Nei
Hepatitt B			
Meslinger			

Vaksinasjonsstatus kan du sjekke på www.minevaksine.no
Hvis du svarer nei, ta kontakt med din leder om du ønsker vaksine.

Helseerklæring

Forhåndsundersøkelse – Meticillinresistente gule stafylokokker MRSA²

²FOR 1996-07-05-700: Forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet, antibiotikaresistente bakterier.

Plikten til forhåndsundersøkelse for MRSA gjelder for alt helsepersonell som skal tiltre i fast, midlertidig, hel- og deltidsstilling, samt personer under opplæring eller hospitering.

Har du tidligere fått påvist MRSA?	Ta kontakt med Smittevern avdelingen (23 22 50 00)
------------------------------------	---

Kryss av for aktuelt alternativ	Ja	Nei
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått påvist MRSA (selv om senere kontrollprøver har vært negative)?		
Har du i løpet av de siste 12 månedene bodd i samme bolig som MRSA-positive?		
Har du i løpet av de siste 12 månedene jobbet eller vært pasient i sykehus eller annen helseinstitusjon i Norge eller utlandet under pågående utbrudd av MRSA?		
Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt <i>nær kontakt (direkte hudkontakt)</i> med MRSA-positive uten å bruke beskyttelsesutstyr?		
Har du i løpet av de siste 12 månedene vært innlagt, jobbet som helsearbeider eller fått <i>omfattende behandling*</i> ved en helseinstitusjon (gjelder også tannhelsetjeneste) i utlandet?		
Har du i løpet av de siste 12 månedene arbeidet eller bodd i flyktningleir, katastrofeområde, krigsområde, asylmottak eller lignende?		
Har du oppholdt deg sammenhengende i minst 6 uker i løpet av de siste 12 månedene og hadde hatt sårinfeksjon, kronisk hudlidelse eller har du fått tatovering/piercing i utlandet?		

*Med *omfattende behandling* menes at: undersøkelsen/behandlingen har vært langvarig (flere timer), det ble utført kirurgisk inngrep eller sårbehandling, det ble utført dialyse eller innlagt venekateter, urinkateter, dren eller lignende.

Svarte du **NEI** trenger du ikke foreta deg noe.

Dersom du svarte JA på minst ett av disse spørsmålene skal du gjennomføre screening for MRSA før tiltredelse/gjeninntredelse/opplæring/hospitering.

Du kan ikke starte i arbeid før resultatene av testene foreligger og er negative. Du må selv ordne med screening, ta kontakt med din fastlege. Husk at det kan ta opptil en uke for å få svar.

Kryss av	JA	NEI
Vedlagt kopi av MRSA undersøkelse		

Senere i din ansettelse er det ditt ansvar å melde fra til nærmeste leder dersom du i løpet av ansettelsen har vært i en situasjon hvor du kan ha bli smittet.



Jeg bekrefter herved at overstående opplysninger er korrekte. Eventuell nødvendig dokumentasjon er vedlagt.

Dato og underskrift: _____

Fylles ut av Lovisenberg Diakonale Sykehus:

Skjema er:	Dato	Signatur
Klar til arkivering		
Ikke klar til arkivering, arbeidstaker og leder må informeres om manglende resultater:		