

## Hälsodeklaration/checklista avseende Tuberkulos [TBC], vuxen

Lungdispensären, Lungmottagning Lund  
Telefonnummer: 046 – 17 12 10

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. Har du fått vaccin mot TBC (BCG-vaccin) tidigare? Ja  Nej   
När? \_\_\_\_\_

2. Har du ett eller flera symtom:  Långvarig hosta (mer än två veckor)  
 Feberperioder  Avmagring  Natliga svettningar  Förstorade lymfknotor  
 Nej, jag har inget av ovanstående symtom.

3. Har du fått någon annan vaccination de senaste 2 månaderna? Ja  Nej   
Om ja, vilken: \_\_\_\_\_

4. Har du någon sjukdom? Ja  Nej   
Om ja, vilken: \_\_\_\_\_

5. Tar du några mediciner? Ja  Nej   
Om ja, vilka: \_\_\_\_\_

6. Är du född i Sverige? Ja  Nej   
Om nej, i vilket land och när kom du till Sverige: \_\_\_\_\_

7. Är dina föräldrar födda i Sverige? Ja  Nej   
Om nej, i vilket land och när kom de till Sverige: \_\_\_\_\_

8. Har du vistats som backpacker, volontär eller arbetat/studerat/bott i ett land utanför Norden? Ja  Nej   
Om ja, när, i vilket land och hur länge: \_\_\_\_\_

9. Har du eller har du haft TBC? Finns det någon i familjen och/eller annan person i din närhet som har/ har haft TBC eller kontrollerats för misstänkt TBC? Ja  Nej   
Om ja, vem och när: \_\_\_\_\_

10. Anser du att du frisk? Ja  Nej

11. Har du behövt antibiotika eller haft någon svår infektion de senaste 3 månaderna? Ja  Nej   
\_\_\_\_\_

12. För kvinnor: Är du gravid eller ammar? Ja  Nej

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

## Hälsodeklaration/Intyg avseende tuberkulos, vuxen

Lungdispensären, Lungmottagning Lund  
Telefonnummer: 046 – 17 12 10

1. Har du fått vaccin mot tuberkulos (BCG-vaccin) tidigare? Ja  Nej

2. Har du ett eller flera symtom:  Långvarig hosta (mer än 2 veckor)   
 Feberperioder  Avmagring  Nattliga svettningar  Förstorade lymfknotor  
 Nej, jag har inget av ovanstående symtom.

3. Är du född i Sverige? Ja  Nej   
Om nej, i vilket land: \_\_\_\_\_

4. Har du vistats som backpacker, volontär eller arbetat/studerat/bott i ett land utanför Norden? Ja  Nej   
Om ja, när, i vilket land och hur länge: \_\_\_\_\_

5. Har du själv haft tuberkulos? Ja  Nej

6. Har någon anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats på grund av misstänkt tuberkulos? Ja  Nej   
Om ja, vem och när: \_\_\_\_\_

Härmed intygas att ovanstående är korrekt ifyllt: \_\_\_\_\_  
datum/ namn

Dispensärens anteckning:

### Intyg angående hälsokontroll avseende tuberkulos:

PPD 2 TU satt \_\_\_\_\_/ avläst \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_/

BCG-vaccin givet: \_\_\_\_\_, Lotnr \_\_\_\_\_ 0,1ml, i.c. vänster överarm/

Lungröntgen: \_\_\_\_\_/ Quantiferon: \_\_\_\_\_ (Negativt=Normalt)/

Hälsokontroll avseende tuberkulos avslutad: \_\_\_\_\_/

Hälsodeklaration genomgången \_\_\_\_\_ och föranleder inga ytterligare kontroller.

Stämpel

Ansvarig sjuksköterska: \_\_\_\_\_

- Christel Estberg, leg. sjuksköterska  
 Anna Johansson Barath, leg. sjuksköterska

**FÖRVARA INTYGET VÄL!**

**Ansvarig: Ronny Öhman, överläkare**