

Hälsodeklaration (Smitt nr 1)

Adress bostad: _____

Tfn hem/mobil: _____

1. Har du ett eller flera av följande symtom?

- ☐ Långvarig hosta i mer än 6 veckor
- ☐ Feber
- ☐ Avmagring, mer än 5 kg på 6 månader
- ☐ Nattliga svettningar
- ☐ Nej, jag har inget av de ovanstående symtomen

2. Har du själv haft tuberkulos?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

3. Har någon anhörig eller annan nära kontakt haft tuberkulos eller kontrollerats pga. misstänkt tuberkulos?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

Om Ja, vem och när: _____

4. Är du född utanför Sverige?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om Ja, i vilket land och vilket år kom du till Sverige?

5. Har du vistats under längre tid (mer än tre månader) i ett land utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien?

☐ Ja

☐ Nej

Om Ja, var och hur länge? _____

6. Är du BCG-vaccinerad?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Vet inte

Om Ja, vet du var och när? _____

7. Om du är kvinna: Är du gravid ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

8. Har du någon sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, vilken/vilka sjukdomar _____

9. Tar du några läkemedel regelbundet? _____