

Egenerklæring vedrørende smittevern. TB (tuberkulose) og MRSA (meticillinresistente gule stafylokokker)

TUBERKULOSE

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| I løpet av de siste 3 årene har jeg oppholdt meg mer enn 3 måneder i land med høy forekomst av tuberkulose. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Det finnes risiko for at jeg er, eller kan ha blitt smittet av tuberkulose. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hvis du svarer Ja på noen av spørsmålene, skal tuberkuloseundersøkelse (rtg thorax, IGRA) av ny dato legges fram. * | | |
| Er du BCG-vaksinert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hvis du ikke er vaksinert, ønsker du vaksine mot TB? <i>Hvis Ja, ta kontakt med ditt lokale vaksinasjonskontor. Arbeidsgiver dekker utgiftene.</i> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| * Hjemlet i Forskrift om tuberkulosekontroll | | |

MRSA

| | |
|---|--|
| Følgende tiltak mot spredning av MRSA gjelder helsepersonell som i løpet av de siste 12 måneder : | |
| <ul style="list-style-type: none">• har arbeidet, vært innlagt, eller fått omfattende poliklinisk behandling ved helseinstitusjon utenfor Norden• har arbeidet i asylmottak, krigssone, flyktningleir, eller barnehjem (utenfor Norden)• har bodd i samme husstand som MRSA-positiv• har hatt nærkontakt med MRSA positiv uten å bruke beskyttelsesutstyr• har oppholdt seg sammenhengende mer enn 6 uker i land utenfor Norden og har hud-/sårinfeksjon, kroniske hudlidelser eller innlagt medisinsk utstyr gjennom hud eller slimhinner• oppholdt seg i sykehus sammen med pasient (som pårørende) utenfor Norden | |
| Gjelder et eller flere av punktene deg? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Dersom ja, har du lovpålagt plikt til å gjennomgå testing for MRSA. | |

Ansvarlig

Den som står for ansettelsen er ansvarlig for at personer, som kommer under disse regler, ikke får begynne i arbeid før nødvendig prøvetaking er foretatt, og negativt resultat foreligger.

Seksjon smittevern kan evt. være behjelpelige med prøvetakingen av aktuelle personer.

Dersom du tilhører en av de aktuelle gruppene, ber vi deg ta kontakt med seksjon smittevern **før** oppstart på Sykehuset Østfold.

Dato: _____
arbeidstakers navn, fødselsdato, og tittel (blokkbokstaver)

Kryss av på alle spørsmålene og lever skjemaet til din leder første arbeidsdag.

Referanser

-
-

Vedlegg

Slutt på Vedlegg