



Åsnes



Grue



Våler

HELSEATTEST

Forhåndsundersøkelse av personell: Iflg. Forskrift om tuberkulosekontroll og forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere i helsevesenet, kreves evt. Tuberkulinprøve og evt. MRSA-prøve (meticillinresistente gule stafylokokker) før du kan begynne i arbeid hos oss.

NB! det er viktig at du leser skjemaet nøye, og at alle opplysninger er utfylt. Opplysningene behandles konfidensielt.

Navn:	Adresse:		
Født:	Ansatt dato:	Stilling:	Avd:

Tuberkulinprøve:

Kommer du fra eller har du de siste 3 årene oppholdt deg i mer enn 3 måneder i land med høy forekomst av tuberkulose (alle land utenfor Vest-Europa, USA, Canada, Australia, New Zealand og Japan)?

Ja: Nei:

Har du hatt risiko for tuberkulosesmitte gjennom arbeid i flyktningleir, sykehus eller lignende? Ja: Nei:

Hvis ja, be din lokale helsestasjon fylle ut tuberkulinstatus på dette skjema, eller legg ved kopi av tuberkulinprøving tatt de siste tre måneder før tiltredelse.

BCG-vaksinert dato/år:.....	Omslager/naturlig positiv, år.....
Arr etter BCG vaksine.....	Skjermbilde/rtg. lunger dato.....
Pirquet/Mantoux prøve	Resultatene er funnet tilfredsstillende i hht. Smittevernloven
Dato..... Resultat.....
	Helsestasjonens stempel og underskrift

MRSA-PRØVE

For å unngå spredning av MRSA (meticillinresistente gule stafylokokker) er arbeidsgiver lovpålagt å føre kontroll med ansatte som kan ha blitt bærer av disse.

Har du i løpet av de siste 12 måneder

- arbeidet i helseinstitusjon utenom Norden og Nederland, i flyktningleir, krigssoner eller helseinstitusjon med kjent MRSA-problematikk?
- hatt direkte kontakt med noen med MRSA uten bruk av beskyttelsesutstyr?
- vært innlagt i sykehus eller besøkt legekontor utenom Norden og Nederland, eller i sykehus med MRSA-problematikk?

Ja Nei

Hvis ja, må vi ha en negativ MRSA-prøve før du begynner i arbeid hos oss. Det tas bakteriologisk prøve fra hvert nesebor (med samme pensel)/svlg inkl tonsiller/sår, eksem, ferske arr eller andre defekter i huden. Dette gjøres hos egen lege etter forhold som nevnt over. Kopi av bakteriologisk svar vedlegges dette skjema.

Jeg bekrefter at de oppgitte opplysninger er korrekte:

Sted: Dato..... Signatur.....