

**Egenerklæring– Kontroll av tuberkulose og MRSA**

Gjelder alt personell, også elever, lærlinger og hospitanter. Oppbevares i personalmappa.

Skjemaet signeres på side 2, både for tuberkulose og/eller MRSA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn   | Fødselsdato   | Mobilnr.   |
| Arbeidssted    |   |

**Tuberkulose**

I følge «Forskrift om tuberkulosekontroll» kan du ha plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse før du kan jobbe i tjenester innen helse og mestring og innen oppvekst for ansatte som jobber med barn.

For å kartlegge om du må gjennomføre en tuberkulosekontroll, bes

du besvare disse spørsmålene:

Gjelder helsepersonell og personell som jobber med barn

– se kommunens Smittevernplan

1. Har du vært i land med høy forekomst av tuberkuloseimerenn3 måneder

de siste 3 år?

     ☐    JA                 ☐   NEI

[Land med høy og særlig høy forekomst av tuberkulose.](https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/land-med-hoy-forekomst-av-tuberkulo/)

1. Har du vært utsatt for mulig tuberkulosesmitte i innland eller utland, privat eller i jobb?
    ☐    JA                 ☐   NEI

**Svarer du *ja***på et av spørsmålene, **må du** **gjennomgå tuberkuloseundersøkelse** ***før*****du kan jobbe i kommunen**.

Tuberkulintest bør tas 8-10 uker etter siste mulige eksponering, dette kan i noen tilfeller medføre at denne testen må tas etter første arbeidsdag. Røntgenundersøkelse må likevel være klar før første arbeidsdag. Er du kontrollert for disse forholdene, gi dokumentasjon til arbeidsstedet.

Timebestilling for tuberkuloseundersøkelse: Kontakt Vaksinasjonskontoret, Tlf 38075707

Se side 2 for MRSA

og for underskrifter

**MRSA**(Meticillinresistente gule stafylokokker) gjelder kun for helsepersonell

I følge «Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet» kan helsepersonell ha plikt til å gjennomgå forhåndsundersøkelse for MRSA, før en kan jobbe i helse- og omsorgstjeneste.

For å kartlegge om du må forhåndsundersøkes for MRSA, bes du besvare følgende spørsmål:

**1.  Har du i løpet av de siste 12 månedene:**

1. Hatt pasientrettet arbeid i eller utenfor helseinstitusjon\* i land utenom Norden?        ☐    JA         ☐   NEI

1. Vært innlagt eller fått *omfattende\*\**undersøkelse/behandling i helseinstitusjon\*/helsetjeneste i land utenfor Norden?

 ☐    JA         ☐   NEI

1. Arbeidet /oppholdt deg i flyktningleir, barnehjem eller katastrofeområde med økt MRSA risiko? ☐    JA         ☐   NEI

1. Undersøkt/behandlet/stelt/bodd sammen med pasienter/personer med MRSA uten at beskyttelsesutstyr er anvendt

 ☐    JA         ☐   NEI

1. Bodd mer enn 6 uker sammenhengende utenfor Norden og i tillegg har sår, eksem, kroniskhudlidelser, stormi, kateter eller lignende

 ☐    JA         ☐   NEI

**2. Har du tidligere hatt infeksjon med eller vært bærer av MRSA og ikke blitt erklært smittefri?**    ☐    JA         ☐   NEI

*Merknader:*
\*   *Helseinstitusjon*: Sykehus, sykehjem, rehabiliteringsinstitusjoner mv.

*\*\* Omfattende:*Flere timers undersøkelse/behandling med suturering, stell av større sår, bruk av fremmedlegemer

**Svarer du *ja***på et av spørsmålene, **må du ta en bakteriologisk prøve for MRSA** fra nese, svelg og eventuelt sår/eksem. **For sykehjemspersonell skal prøvesvar foreligge *før*du kan jobbe** med pasienter. Prøven må tas i Norge, hos fastlege eller bedriftshelsetjenesten (BHT). (Sykehjemmene kan også ta prøve på eget personell.)

Kontaktinformasjon BHT:
Portal:[lenke til portal](https://customer.hmsvisjon.no/default/defaultOppdrag1Intern.aspx?SID=BF30BC54-B0EF-432F-839C-F317845E5A87&Lang=NO) e-post:post.bedriftshelsetjenesten@kristiansand.kommune.no, tlf: 48076293

Ta med dette skjemaet.

**Underskrift:** for både tuberkulose og/eller MRSA

|  |  |
| --- | --- |
|   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

        Sted/dato underskrift av ansatt/elev/lærling

**Oppfølging dersom spørsmål besvares med «JA»**

Dokumentasjon på gjennomført tuberkulosekontroll er mottatt:
Signeres av arbeidssted – dato og underskrift (Leder eller annen med fullmakt)

|  |  |
| --- | --- |
| Dato og sted | signatur |

Dokumentasjon på gjennomført MRSA-undersøkelse er mottatt:

Signeres av arbeidssted – dato og underskrift (Leder eller annen med fullmakt)

|  |  |
| --- | --- |
|  Dato og sted | signatur |