

Dokumenttyp Formulär	Ansvarig verksamhet Barn, unga och familjehälsa	Version 3	Antal sidor 1
Dokumentägare Tora Leviken Thörnblad Mödrahälsöverskövrläkare	Fastställare Monica Hammar Verksamhetschef	Giltig fr.o.m. 2021-12-15	Giltig t.o.m. 2025-12-15

## Hälsosamtal angående tuberkulos - för gravida

Gäller för: Barn, unga och familjehälsa Barnmorskemottagningar Värmland

Datum: \_\_\_\_\_

Personnummer eller födelsedata + eventuellt LMA-nummer: \_\_\_\_\_

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

### Markera det svar du tycker stämmer

#### 1. Har du ett eller flera av följande besvär/symtom

- Långvarig hosta > 3 veckor Ja  Nej
- Feber Ja  Nej
- Natliga svettningar Ja  Nej
- Avmagring Ja  Nej
- Svullna körtlar på halsen Ja  Nej

2. Har du själv haft tuberkulos Ja  Nej  Vet inte

3. Har du någon anhörig eller annan nära kontakt till dig som har eller haft tuberkulos eller kontrollerats för 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 när flyttade du till Sverige \_\_\_\_\_

5. Har du de senaste fem (5) åren vistats under en längre tid (över 3 månader) i ett land utanför Västeuropa/ Nordamerika/Australien/Nya Zeeland?

Ja  Nej

Om ja, var och hur länge? \_\_\_\_\_

Dokumentet är utarbetat av: Tora Leviken Thörnblad,