**Tuberkuloseundersøking før arbeid innan barneomsorg, helse- og omsorgstjenesta**.

Personar som i løpet av dei siste tre åra har opphelde seg samanhengande meir enn tre månader i land med høg førekomst av tuberkulose, og som skal arbeide med barn, sjuke eller pleietrengande, pliktar å møte til tuberkuloseundersøking. Dette gjeld og personar som er under opplæring eller hospitering i slikt arbeid. Det er arbeidsgjevars plikt å sikre at nødvendig undersøking er utført før oppstart av arbeidet. Plikta er heimla i tuberkuloseforskrifta § 3.1 og 3.2.

Folkehelseinstituttet gir ut liste over land med høg førekomst av tuberkulose. [FHI: land med høg førekomst av tuberkulose](https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/land-med-hoy-forekomst-av-tuberkulo/)

**Undersøking for smittsam tuberkulose**

Berre lungetuberkulose kan smitte andre. Arbeidsgjevars plikt begrenser seg difor til å forsikre seg om at arbeidstakar som kan ha vært utsatt for smitte og som skal ha direkte kontakt med barn, sjuke og pleietrengande, er undersøkt med røntgenbilde av lungene med negativt resultat for smitteførande tuberkulose før oppstart i arbeidet.

**Tuberkuloseundersøking før oppstart i arbeid**

Skjemaet skal være arbeidsgjevar i hende før oppstart av arbeidet. Dette gjeld i stillinga med direkte kontakt med pasientar, pleietrengande og barn, både ved nyansettelse, gjeninntreden, vikariat, hospitering og opplæring

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Eigenerklæring om utanlandsopphald. *Fylles ut av arbeidstakar.*Etternavn, fornavn: (med blokkbokstaver)  Personnummer:   1. Har du oppholdt deg i land med høg forekomst av tuberkulose i meir enn tre månader i løpet av dei siste tre åra?  NEI  JA   1. Har du på anna måte vært utsatt for tuberkulosesmitte i arbeids- eller fritid?  NEI  JA  Arbeidstakers signatur: ………………………………………..  *Hvis du har svart ja på spørsmål a) eller b) i del 1, må du kunne dokumentere at du er undersøkt for tuberkulose før tiltredelse, se del 2.* |
| **2.** | **Bekreftelse frå helsepersonell på gjennomført tuberkuloseundersøking.** *Fylles ut av helsepersonell. Behøver ikkje fylles ut hvis du svarte nei på både spørsmål a) og b) i del 1.*  Det bekreftes at ovennevnte har gjennomgått tuberkuloseundersøking og at det ikkje er funnet smittsam lungetuberkulose.    ……………………………………………………………  Helsessjukepleiar / lege / bedriftshelseteneste  Dato, signatur, stempel, Helsepersonellnummer |