

СЛУЖБА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЧАЩИХСЯ

2024

Скрининговое обследование на туберкулез; студенты социальных и медицинских вузов

Статья 55 Закона о заразных болезнях обязывает работодателей в определенных ситуациях, чтобы защитить пациентов или клиентов, требовать от практикантов, работающих в социальных или медицинских учреждениях или ухаживающих за детьми младше школьного возраста, предоставления достоверных доказательств того, что студент-медик или социальный работник не болен туберкулезом органов дыхания. Это очень важно, поскольку студент с легочным туберкулезом может распространить инфекцию среди пациентов или клиентов, находящихся под их уходом, а среди таких пациентов часто встречаются люди с пониженной сопротивляемостью к болезням. Обследование включает в себя опрос и, при необходимости, рентгенографию легких.

Воспользуйтесь приведенными ниже вопросами, чтобы определить, нужно ли вам пройти обследование на туберкулез.

Если вы ответили "да" на любой из этих вопросов, вам необходимо пройти обследование на туберкулез перед началом стажировки в социальном или медицинском учреждении или при уходе за детьми младшего школьного возраста. **Пожалуйста, обратитесь в службу здравоохранения учащихся.** ПРИМЕЧАНИЕ! Обследование не требуется, если с момента последнего обследования прошло менее 2 лет, и не было новых случаев подверженности заражению.

Если вы ответили "НЕТ" на все вопросы, вам не нужно проходить обследование на туберкулез.

Информацию о странах, подверженных риску заражения туберкулезом, см. в списке стран на сайте THL <https://thl.fi/aiheet/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/maahanmuuttaneiden-terveyspalvelut-ja-tartuntatautien-ehkaisy/maahanmuuttaneet-ja-tartuntatautien-seulonta/maakohtainen-suositus-tartuntatautien-seulontaan>

Родились ли вы в стране с очень высоким уровнем заболеваемости туберкулезом?

☐ Да ☐ Нет

Провели ли вы не менее 12 месяцев в стране с очень высоким уровнем заболеваемости туберкулезом?

☐ Да ☐ Нет

Работали ли вы не менее 3 месяцев в сфере здравоохранения в стране с очень высоким уровнем заболеваемости туберкулезом?

☐ Да ☐ Нет

Участвовали ли вы в уходе за больным туберкулезом?

☐ Да ☐ Нет

Находились ли вы в тесном контакте с больным заразным туберкулезом легких?

☐ Да ☐ Нет

Вопросы о риске заболевания туберкулезом

Есть ли у вас симптомы, связанные с туберкулезом?

Длительный кашель, продолжающийся более 3 недель

☐ Да ☐ Нет

Откашливание слизи из легких

☐ Да ☐ Нет

Кровь в слизи кашля

☐ Да ☐ Нет

СЛУЖБА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЧАЩИХСЯ

2024

Аномальная ночная потливость

☐ Да ☐ Нет

Похудение без причины

☐ Да ☐ Нет

Повышенная температура, причина которой неясна

☐ Да ☐ Нет

Я подтверждаю, что информация в анкете самооценки верна и что я подхожу для выполнения задач в соответствии с Законом о заразных болезнях § 55.

Место и дата: _____

Подпись и расшифровка подписи:

Если анкета самооценки основана на медицинском осмотре и рентгеновском снимке легких, а также установлена пригодность студента к выполнению заданий в соответствии с § 55 Закона о заразных болезнях, ее подписывает медицинский работник студента.

Место и дата: _____

Подпись работника Региона Северного Саво по обеспечению благосостояния населения (должность и расшифровка подписи)

OPISKELUTERVEYDENHUOLTO

2024

Tuberkuloosin seulonta; sosiaali- ja terveydenhuoltoalan opiskelijat

Tartuntatautilain 55§ velvoittaa työnantajaa tietyissä tilanteissa, potilaiden tai asiakkaiden suojaamiseksi, vaatimaan sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikköön tai alle kouluikäisten lasten hoitotehtäviin harjoitteluun meneviltä luotettavaa selvitystä siitä, ettei terveydenhuollon tai sosiaalialan opiskelija sairasta hengityselinten tuberkuloosia. Selvitys on erittäin tärkeä tehdä, koska keuhkotuberkuloosia sairastavasta opiskelijasta infektio voi levitä hoidettavana oleviin potilaisiin tai asiakkaisiin ja hoidettavien joukossa on usein henkilöitä, joiden vastustuskyky on alentunut. Selvitys sisältää haastattelun ja tarvittaessa keuhkokuvan.

Arvioi alla olevien kysymysten avulla, onko kohdallasi tarvetta tuberkuloosiselvitykseen.

Mikäli vastaat yhteenkin kohtaan Kyllä, on sinulle tehtävä tuberkuloosiselvitys ennen kuin aloitat harjoittelun sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä tai alle kouluikäisten lasten hoitotehtävissä.

Ota yhteyttä opiskeluterveydenhuoltoon. HUOM! Selvitys ei ole tarpeellinen, jos edellisestä selvityksestä on kulunut alle 2 vuotta ja uutta altistumista ei ole tapahtunut.

Mikäli vastaat kaikkiin kohtiin Ei, sinulle ei tarvitse tehdä tuberkuloosiselvitystä.

Tietoa tuberkuloosin riskimaista löydät THL:n verkkosivujen maakohtaisesta listauksesta <https://thl.fi/aiheet/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/maahanmuuttaneiden-terveyspalvelut-ja-tartuntatautien-ehkaisy/maahanmuuttaneet-ja-tartuntatautien-seulonta/maakohtainen-suositus-tartuntatautien-seulontaan>

Oletko syntynyt maassa, jossa tuberkuloosin ilmaantuvuus on erittäin korkea?

☐ Kyllä ☐ Ei

Oletko oleskellut vähintään 12 kk maassa, jossa tuberkuloosin ilmaantuvuus on erittäin korkea?

☐ Kyllä ☐ Ei

Oletko työskennellyt vähintään 3kk terveydenhuollossa maassa, jossa tuberkuloosin ilmaantuvuus on erittäin korkea?

☐ Kyllä ☐ Ei

Oletko osallistunut tuberkuloosipotilaan hoitoon?

☐ Kyllä ☐ Ei

Oletko ollut lähikontaktissa tartuttavaan keuhkotuberkuloosipotilaaseen?

☐ Kyllä ☐ Ei

Kysymykset tuberkuloosin riskistä

Onko sinulla tuberkuloosiin liittyviä oireita?

Pitkittynyttä, yli 3 viikkoa jatkunutta yskää

☐ Kyllä ☐ Ei

Yskiessä liman nousua keuhkoista

☐ Kyllä ☐ Ei

Yskösliman seassa verta

☐ Kyllä ☐ Ei

OPISKELUTERVEYDENHUOLTO

2024

Poikkeavaa yöhikoilua

☐ Kyllä ☐ Ei

Laihtumista ilman syytä

☐ Kyllä ☐ Ei

Kuumeilua, jonka syy on epäselvä

☐ Kyllä ☐ Ei

Vakuutan itsearviointilomakkeen tiedot oikeiksi ja täytän sopivuuden tartuntatautilain 55§ mukaisiin tehtäviin työharjoittelussa.

Paikka ja päivämäärä: _____

Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys:

Mikäli itsearviointilomakkeen perusteella opiskeluterveydenhuollossa on tehty terveystarkastus ja keuhkojen röntgenkuvaus, ja todettu sopivuus tartuntatautilain 55§ mukaisiin tehtäviin opiskeluterveydenhuollon ammattilainen allekirjoittaa.

Paikka ja päivämäärä: _____

PSHVA:n työntekijän allekirjoitus (ammattinimike ja nimenselvennys)
