

VRAGENLIJST FUNCTIEGERICHT ONDERZOEK

Deze vragenlijst dient volledig ingevuld te worden door alle medewerkers die starten met werkzaamheden voor het Maasstad Ziekenhuis, ongeacht of er sprake is van patiëntencontact.

Personeelsnummer (indien bekend):

Achternaam + voorletters :

Roepnaam :

Geslacht : man vrouw

Adres: :

Postcode / woonplaats :

(Mobiel) Telefoonnummer :

Geboortedatum : - -

E-mail adres :

Functie :

Afdeling :

Verwachte datum indiensttreding : - -

In geval van stage, onderstaande gegevens in te vullen.

Stage-afdeling :

Verwachte begin-/einddatum stage : - - / - -

Opleidingsinstituut :

Paraaf medewerker / stagiair:



Algemene vragen

Heeft u gezondheidsklachten die u in het uitvoeren van uw werk kunnen belemmeren/hinderen?

JA **NEE**

Indien u bovenstaande vraag met “ja” beantwoord zal u worden uitgenodigd op het spreekuur van de bedrijfsarts.

TBC Screening

In het kader van het screenen van risicogroepen op **TBC** is het relevant van u te weten of u het afgelopen jaar met een of meer van de volgende groepen heeft gewerkt:

- | | JA | NEE |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Asielzoekers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gedetineerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Drugsverslaafden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hiv-geïnfecteerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Buitenlandse zeelieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dak- en thuislozen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ook de volgende vragen zijn relevant:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Verbleef u het afgelopen jaar langer dan 2 maanden in het buitenland? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8a. Heeft u onbeschermd contact gehad met een positieve TBC patiënt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8b. Indien ja, heeft u na dit contact een TBC screening doorlopen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indien u één van de vragen 1 t/m 8a met “JA”, en vraag 8b met “NEE” beantwoord heeft, zal er een TBC screening plaatsvinden. Hiervoor neemt de afdeling Werk en Gezondheid (Arbozorg) contact met u op. Indien u vraag 8b met “JA” beantwoord heeft, dient u de uitslag van de screening mee te sturen.

Indien u in het bezit bent van een bewijs van een Mantoux, BCC of Quantiferon uitslag, dan dient u deze mee te sturen.

Paraaf medewerker / stagiair:

MRSA screening:

	JA	NEE
1. Heeft u in de afgelopen 2 maanden contact gehad met bedrijfsmatig gehouden levende varkens/vleeskalveren of pluimvee, ongeacht of dit beroepsmatig was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Woont u op een boerderij/bedrijf waar bovengenoemde dieren worden gehouden, of heeft u de afgelopen 2 maanden op een boerderij gewoond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heeft u de afgelopen 12 maanden in het buitenland in een ziekenhuis gewerkt of gelegen, of een invasieve ingreep ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bent u tijdens een ziekenhuisopname mogelijk blootgesteld aan een besmetting met MRSA door een andere patiënt met MRSA dragerschap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was of bent u aangetoond drager van MRSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bent u partner, huisgenoot of verzorgende van een MRSA positieve persoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heeft u de afgelopen 12 maanden in een AZC gewoond of gewerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		
a) Heeft u onbeschermd contact gehad met een MRSA positieve patiënt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Indien ja, heeft u na dit contact een MRSA kweek afgenomen? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Heeft u in de afgelopen 12 maanden een positieve kweek gehad? Zo ja, op welke datum? - - *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heeft u recent een kind uit het buitenland geadopteerd dat een medische voorgeschiedenis heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		
a) Heeft u de afgelopen 12 maanden werkzaamheden uitgevoerd in een risicodragende** instelling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zo ja, heeft u na de uitbraak van MRSA een MRSA screening doorlopen? Zo ja, op welke datum? - - *		
Naam en adres instelling;		
.....		
.....		

* Wij vragen u deze uitslag te mailen naar bedrijfsgezondheid@maasstadziekenhuis.nl

**NB: Een instelling is risicodragend wanneer er in de afgelopen 12 maanden een MRSA uitbraak is geweest op de afdeling waar u werkzaam was of waar u heeft gelegen.

Paraaf medewerker / stagiair:

VACCINATIES / KINDERZIEKTEN

BMR (bof, mazelen, rode hond)

	JA	NEE	ONBEKEND
Heeft u het vaccinatieprogramma BMR doorlopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, op welke data:-.....-.....

.....-.....-.....

Heeft u de bof doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Heeft u de mazelen doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Heeft u de rode hond doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zo nee, heeft u bezwaar tegen een titerbepaling en/of vaccinatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

VARICELLA (waterpokken)

Heeft u waterpokken doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DKTP/DKT (difterie, kinkhoest, tetanus en polio)

Heeft u afgelopen 5 jaar een kinkhoestvaccinatie ontvangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zo ja, op welke data:-.....-.....

.....-.....-.....

Zo nee, heeft u bezwaar tegen deze vaccinatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

HEPATITIS B

Heeft u een vaccinatieprogramma Hepatitis B doorlopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zo ja, op welke data:-.....-.....

.....-.....-.....

1e vaccinatiedatum:-.....-.....

2e vaccinatiedatum:-.....-.....

3e vaccinatiedatum:-.....-.....

Datum titerbepaling:-.....-..... Titer:

Zo nee, heeft u bezwaar tegen deze vaccinatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Indien juiste data/titerhoogte onbekend zijn, verzoeken wij u dit na te vragen bij uw vorige/huidige werkgever.

WIJ VERZOEKEN U EEN KOPIE VAN ALLE VACCINATIEGEGEVENS MEE TE STUREN

Vaccinatiegegevens zijn eventueel op te vragen bij het RIVM.

Alle gegevens dienen te worden ingevuld. Indien het formulier onvolledig is ingevuld, zal het formulier worden geretourneerd.

Paraaf medewerker / stagiair:

AFSLUITENDE VERKLARING VRAGENLIJST FUNCTIEGERICHT ONDERZOEK

Ondergetekende heeft alle pagina's van een paraaf voorzien en verklaart alle voorgaande gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.

- Algemene vragen
- TBC screening
- MRSA screening
- Vaccinaties

N.B. Alle bijlagen dienen in een PDF bestand te worden aangeleverd.

Handtekening :

Datum : - -

VERTROUWELIJK