

**ПРОВОДИТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ:**

## **Анкетирование на туберкулез № 1 для новых сотрудников и стажеров в сферах социального обеспечения, здравоохранения и дошкольного воспитания**

Туберкулез — заболевание, вызываемое бактериями, которые чаще всего локализуются в легких. Оно передается от человека человеку воздушно-капельным путем. При отсутствии лечения это заболевание может приобретать тяжелый характер и приводить к смерти. Профилактика его распространения играет важную роль, поскольку существует риск серьезного течения этого заболевания, в частности у маленьких детей. В Финляндии обследование на туберкулез, его лечение и предоставление медикаментов осуществляются бесплатно.

Туберкулез может передаваться при нахождении в помещении. Раннее выявление туберкулеза и грамотное лечение больных предотвращают заражение других людей. Наряду с этим, обеспечивается защита окружающих и сохраняется работоспособность сотрудников.

**Закон Финляндии об инфекционных заболеваниях (раздел 55) предусматривает,** что работодатели перед допуском к работе должны требовать от работников социальной сферы, здравоохранения и дошкольного воспитания предоставления достоверных подтверждений того, что они не болеют легочным туберкулезом. Такое же подтверждение требуется получать от стажеров и лиц аналогичных категорий, которые трудятся на рабочих местах без оформления отношений трудоустройства.

Обследование требуется проходить перед началом работы на новом месте, если с момента предыдущего обследования прошло более 2 лет.

Обследование также проводится в период трудовых отношений, если существовал риск заражения туберкулезом, например во время поездки в регион с высокой заболеваемостью туберкулезом. Поэтому важно, чтобы вы проинформировали работодателя о риске заражения туберкулезом, который мог существовать в период вашей работы. Также обязательно обратитесь к врачу при наличии кашля или выделения слизи из легких, которые сохраняются дольше 3 недель.



**ЭТА ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНА** в соответствии с разделом 55 Закона об инфекционных заболеваниях, и я настоящим подтверждаю ее достоверность. Я даю работодателю согласие на обработку и хранение вышеуказанных данных.

Время и место

Имя лица, заполнившего анкет

Подпись

Имя представителя работодателя

Должность

Подпись



**Terveystalo**

