



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.

Naam + voorletters :

Roepnaam :

Geslacht : man vrouw

Geboortenaam :

Adres: :

Postcode / woonplaats :

(Mobiel) Telefoonnummer :

Geboortedatum : - -

E-mail adres :

Functieomschrijving :

Afdeling :

Verwachte datum indiensttreding : - -

In geval van stage ook graag onderstaande gegevens invullen.

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 of hinderen?

JA

NEE

Indien u bovenstaande vraag met "ja" beantwoordt, zal u op het spreekuur van de bedrijfsarts worden uitgenodigd.

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 één 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 en 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"/>
8a. Heeft u onbeschermd contact gehad met een MRSA positieve patiënt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. 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. Heeft u de afgelopen 12 maanden werkzaamheden uitgevoerd in een risicodragende** instelling? Zo ja, beantwoord dan de volgende vraag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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 preventiemedewerker@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
1. Heeft u het vaccinatieprogramma BMR doorlopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, op welke data: - -			
.....-.....-.....			
2. Heeft u de bof doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heeft u de mazelen doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u de rode hond doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VARICELLA (waterpokken)

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

HEPATITIS B

Indien u in uw functie binnen het Maasstad Ziekenhuis in aanraking komt met bloed of bloedproducten, is het voor ons noodzakelijk te beschikken over onderstaande gegevens.

Zonder deze gegevens kunnen wij NIET tot aanstelling overgaan, tenzij u beslist dat u zich alsnog laat vaccineren, of de verklaring Hepatitis B ondertekent. (zie bijlage 1)

Als u besluit zich alsnog te laten vaccineren kunt u een afspraak maken bij Werk en Gezondheid (Arbo) door een e-mail te sturen naar preventiemedewerker@maasstadziekenhuis.nl

Indien juiste data/titerhoogte onbekend zijn, verzoeken wij u dit na te vragen bij uw vorige/huidige werkgever. Eventueel zijn deze gegevens ook op te vragen bij de GGD of het RIVM.

1^e vaccinatie datum : - -

2^e vaccinatie datum : - -

3^e vaccinatie datum : - -

Datum titerbepaling: - -

Titer:

U DIENT EEN KOPIE VAN ALLE VACCINATIEGEGEVENS MEE TE STUREN. ZONDER DEZE GEGEVENS KUNT U NIET MET UW WERKZAAMHEDEN STARTEN. 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 PDF bestand te worden aangeleverd.

Handtekening :

Datum : - -

VERTROUWELIJK



Bijlage 1: Verklaring Hepatitis B

Als u in uw (toekomstige) functie binnen het Maasstad Ziekenhuis in aanraking komt met **bloed of bloedproducten**, valt u binnen de risicogroepen voor besmetting met het Hepatitis B virus. In dit geval vragen wij u van het onderstaande notie te nemen.

Hepatitis B is een beroepsziekte. Het Maasstad Ziekenhuis heeft de verantwoordelijkheid om maatregelen te nemen ter voorkoming van besmetting met het Hepatitis B virus. Dit zowel voor medewerkers als voor patiënten van het Maasstad Ziekenhuis. Preventieve maatregelen worden getroffen in de vorm van het ter beschikking stellen van beschermingsmiddelen en het geven van informatie en instructie betreffende algemene hygiënische maatregelen. Tevens biedt het Maasstad Ziekenhuis vaccinaties tegen Hepatitis B aan voor genoemde medewerkers.

Bij de groep risicovormende medewerkers is, naast het gevaar van overdracht van het Hepatitis B virus en andere bloed overdragende aandoeningen van de patiënt of van patiëntmateriaal naar de medewerker, bovendien potentieel gevaar van overdracht van het Hepatitis B virus van de medewerker naar de patiënt. Medewerkers die tot deze groep behoren en weigeren zich te laten vaccineren tegen het Hepatitis B virus, zijn verplicht om zich ieder kwartaal te laten testen op Hepatitis B dragerschap.

U dient zich ervan bewust te zijn dat de Raad van Bestuur van het Maasstad Ziekenhuis zich niet aansprakelijk acht voor de gevolgen van besmetting met het Hepatitis B virus die ten gevolge van het werk optreden, wanneer u heeft afgezien van vaccinatie. U wordt dan ook uitdrukkelijk uitgenodigd en geadviseerd zich te laten vaccineren.

Indien u vaccinatie ongewenst acht, wordt u verzocht dit op onderstaande verklaring aan te geven en te ondertekenen.

Verklaring

Ondergetekende wenst uitdrukkelijk **NIET** in aanmerking te komen voor een Hepatitis B vaccinatie. Ondergetekende verklaart zich ervan bewust te zijn dat de werkgever zich op geen enkele wijze aansprakelijk acht ten aanzien van een mogelijke besmetting met het Hepatitis B virus en de gevolgen ervan indien afgezien is van vaccinatie.

Ondergetekende verklaart zich ieder kwartaal te laten testen op Hepatitis B dragerschap.

Naam :

Geboortedatum : - -

Plaats :

Datum :

Handtekening :