

Aquest és un document per facilitar la seva incorporació i la seva estada formativa en el nostre Hospital. L'ha d'enviar emplenat al e-mail salutlaboral@santpau.cat per tenir preparat el seu expedient y facilitar la realització de l'**examen obligatori de salut, previ a la presa de possessió de la plaça.**

DADES GENERALS DEL CANDIDAT/A:

Nom i cognoms:

Document d'identitat:

Data de naixement:

Plaça a ocupar:

E-mail (fins disposar del corporatiu):

VACUNES

Atenció: Aquest és un requisit indispensable, assegura't que TOTES les vacunes estiguin complertes i al dia

Td Tètanus- Diftèria	Nº dosi: _____ Última data vacunació (dd/mm/aa): _____ 5 dosis administrades fins als de 14 anys d'edat, o una dosi en els últims 10 anys.
TRIPLE VÍRICA Xarampió, Rubèola i Galteres	Has de disposar de 2 dosis administrades Data dosi 1: _____ (entre la dosi 1 i la dosi 2 han d'haver passat un mínim de 28 dies) Data dosi 2: _____ Data dosi 3: _____ (dosi de record si l'ha precisat)
VARICEL·LA	Has de disposar de 2 dosis administrades o haver passat la malaltia Data dosi 1: _____ Data dosi 2: _____ Ha patit la malaltia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
POLIO	Nº dosi i última data de vacunació: _____ i _____



Nom i Cognoms:

HEPATITIS B Si no disposessis dels títols ja es determinaran el dia de l'examen presencial.	Data dosi 1: _____ Data dosi 2: _____ Data dosi 3: _____ Data i títols POSITIUS Anti-HBs: _____ i _____ Data dosi de reforç: _____ (dosi de record si l'ha precisat)
---	--

VACUNES RECOMANADES

GRIP (GRIP)	Data vacunació: _____ La vacunació ha de ser de la temporada activa.
--------------------	--

COVID-19	Vacunació 1ª i marca: _____ Vacunació 2ª i marca: _____ Vacunació 3ª i marca: _____ Vacunació 4ª i marca: _____ Vacunació 5ª i marca: _____ Altres dosis: _____ Has patit el COVID-19? SI _____ No _____ ¿Quan? (dd/mm/aa) _____ (Darrer cop)
-----------------	--

VACUNES OBLIGATÒRIES PER A ÀREES DE PEDIATRIA I GINECOLOGIA

Tdp Tètanus- Diftèria- Tosferina La vacunació ha d'estar actualitzada	Nº dosi i última data de vacunació: _____
Hepatitis A	Nº dosi i última data de vacunació: _____ Ha de tenir 2 dosis administrades o 3 en el cas de ser combinada amb la vacuna de l'Hepatitis B.

TUBERCULOSI

BCG <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data vacunació: _____ (Si disposes del resultat de la prova de la tuberculina o de la prova del Quantiferó, realitzada els darrers tres mesos, la pots aportar per agilitzar l'examen de salut) Has patit la malaltia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Quan? _____ (en cas afirmatiu hauràs d'aportar informes sobre el teu estat de salut actual)
--

Nom i Cognoms:

INFORMACIÓ SOBRE SALUT FÍSICA I MENTAL:

1. Problemes de salut (en cas positiu):

2. Al·lèrgies medicamentoses i altres (en cas positiu):

3. Medicació habitual i dosificació:

4. Tens alguna necessitat adaptativa per al teu lloc de treball? (en cas positiu):

5. Si la candidata està **embarassada** o creu que pot estar-ho, o està en període de **lactància**, haurà de declarar-ho, perquè durant la realització del seu treball s'apliquin les mesures de protecció vigents: