

Frågeformulär vid misstanke om ebola**För personal som inte är sjukvårdsutbildad.***Instruktion: Formuläret fylls i inför bedömning om risk för ebolainfektion.****OBS! Sänd inte persondata via e-post. Använd vanligt post.***[Smittskyddsläkaren](#), [Folkhälsomyndigheten](#) och [WHO](#) informerar om länder med ebolaspridning.**Efternamn:****Förnamn:****Födelsedatum:****Kön:****Kontaktuppgifter (Hotell, grupp, Telefon/e-mail adress):****SYMPTOM**Feber ☐ Ja ☐ Nej ☐ Okänt

Om feber, uppge temperatur:

Kräkningar ☐ Ja ☐ Nej ☐ OkäntLedvärk ☐ Ja ☐ Nej ☐ OkäntSvaghet ☐ Ja ☐ Nej ☐ OkäntBlödning från näsa eller mun,
i kräkning eller avföring,
mörk eller blodig urin? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Okänt

När började det första symtomet? (ÅÅÅÅ-MM-DD):

Nedan frågor besvaras av dig som rest till länder som drabbats av ebolaTräffat någon som har varit sjuk
med följande symtom: kräkningar,
diarré eller blödning under de
senaste 3 veckorna? ☐ Ja ☐ Nej ☐ OkäntTräffat någon som avlidit under
de senaste 3 veckorna? ☐ Ja ☐ Nej ☐ OkäntDeltagit i en begravning under
de senaste 3 veckorna? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Okänt