

Frågeformulär vid diarrésjukdom för patienter eller kontakter till dessa

Namn		Personnummer	
Vistelseadress			
Arbetsplats		Telefon	Mobiltelefon
Yrke/sysselsättning		Telefon	Mobiltelefon
Namn på förskola		Telefon	
Insjuknandeort		Insjuknandedatum	
Nyligen varit utomlands? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Land	Resmål
Hotell		Researrangör	
Avresedatum	Hemkomstdatum	Misstanke om smittkälla	
Fler personer som insjuknat? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Antal medlemmar i hushållet	Antal blöjbarn
Kontakt med djursmitta i hemmet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Vid sjukdomsfall (fylls i av behandlande läkare)			
Åtgärder:			
Diet och hygienråd Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Sjukskrivningsperiod Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Återbesök Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Telefontid Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Brev om positivt svar Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Telefon om positivt svar Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Riskyrke Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Anmälan enligt Smittskyddslagen Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Patientinformationsblad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Uppföljning läkare/sjuksköterska Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum	
Vid kontakt (fylls i av sjuksköterska/undersköterska)			
Diagnos hos indexfall		Riskyrke Ja – kontakta jourläkare <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Prover			
Datum för faecesodling		Övriga prover	
Underskrift			Datum