

Covid-19 Smittspårningsformulär

Frågeformulär för intervju vid misstanke om covid-19.
Avsedd att användas av sjukvårdspersonal.

Ansvarig Smittspårare: _____

Smittspårning påbörjad (datum): _____

Smittspårning avslutad (datum): _____

Identitet *(SmiNet; Basuppgifter)*

Person nr: _____

Efternamn: _____

Förnamn: _____

Adress: _____

c/o adress: _____

E-post: _____

Mobiltelefonnummer: _____

Nationalitet: _____ Tolk: Ja Nej

Närstående: Namn: _____

Telefonnummer _____

Arbete *(SmiNet; Övriga uppgifter av betydelse för smittskyddet)*

Inget arbete (Gå vidare till nästa rubrik)

Yrke/Arbetsökande: _____

Arbetsplats: _____

Chef/Kontaktperson: _____

Förskola / Skola /Utbildning (SmiNet; Förskola) Ja Nej

Ingen förskola/skola/utbildning (Gå vidare till nästa rubrik)

(SmiNet; **Övriga uppgifter av betydelse för smittskyddet** - Specificera under Övrig information)

Förskola namn/ort: _____

Datum: _____

Kontaktuppgifter: _____

Skola namn/ort: _____

Kontaktuppgifter: _____

Öppenförskola/namn: _____

Datum/tid: _____

Rapporterat till Smittskydd: Ja Nej

Exposition (SmiNet; När? Var?)

När började de första symtomen? (ÅÅÅÅ/MM/DD): _____

Tid: _____ Symtom: _____

Var befann sig patienten vid insjuknandet? _____

Var och hur tror patienten att han/hon/hen blivit smittad? _____

Har patienten varit i kontakt med ett misstänkt eller konfirmerat Covid-19-fall under de närmaste 2 veckorna före insjuknandet?

Ja Nej Okänt

Har patienten varit i område med samhällssmitta för Covid-19 de närmaste 2 veckorna före insjuknandet?

Ja Nej Okänt

Smittort/Smittland vid exponering: _____

Riskgrupp (SmiNet; Övriga uppgifter av betydelse för smittskyddet - Tillhör riskgrupp)
(SmiNet; 1-7 Ange riskgruppstillhörighet, 8-12 Övrig information)

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Kronisk hjärtsjukdom | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Kronisk lungsjukdom | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Gravt nedsatt njurfunktion | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Kronisk leversjukdom | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. Diabetes (m. komplikationer) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. Nedsatt immunförsvar | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 7. Gravid | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 8. Cancer | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 9. Högt blodtryck | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 10. Neurologisk sjukdom | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 11. Flerfunktionsnedsättning | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 12. Fetma | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Längd _____ m Vikt _____ kg
Räkna ut BMI (kg / m²). Om resultat > 30 = Fetma.

Vecka: _____

Risksituationer (SmiNet; Övriga uppgifter av betydelse för smittskyddet – Övrig information)

Kontakt inomhus eller motsvarande avgränsad yta, avstånd < 2 m, tid mer än 15 min. De senaste 14 dagarna. (utöver hushållskontakter)

- Delat transport med bil
- Besökt vänner, bekanta
- Fester; sammankomster av olika slag

Beskriv var och när _____

- Aktiviteter; större tillställningar, folksamlingar, teater/bio, restaurangbesök, gym/träning, dans, bad, sporttillställningar

Beskriv var och när _____

- Annat

Beskriv var och när _____

Nära kontakter (*SmiNet; Hur? – Annan smittväg*)

Personnr.	Namn:	Mobilnr.	Hushållskontakt:	Relation:	Symptom:	Uppmanat provtagning	<u>P</u> ositiv el. <u>N</u> egativ

Information om exposition och åtgärder givna till personer utan symtom

Ja Nej

Rekommendation om provtagning och förhållningsregler till person med symptom

Ja Nej

Reseinformation (*SmiNet; Resespecifika uppgifter – Annan relevant information*)

Inga resor (Gå vidare till nästa rubrik)

Land/länder som besökts inom 14 dagar före första symtom: _____

Städer som besökts inom 14 dagar före första symtom: _____

Boende (specificera): _____

Färdmedel

Flyg Datum, flightnr, sittplats: _____

Tåg Datum, avgång, sittplats: _____

Buss Datum, avgång, sittplats: _____

Bil/Annat Datum: _____

Besök på sjukvårds- / omsorgsinrättningar (*SmiNet; Övriga uppgifter av betydelse för smittskyddet – Övrig information*)

Inga besök (Gå vidare till nästa rubrik)

Sjukhus/mottagningar inkl. tandvård som besökts inom 14 dagar före första symtom: Vilken/Vilka _____

Datum/tid: _____

Särskilt boende, hemtjänst, andra insatser från kommunen Ja Nej

Specificera _____

Rapporterat till Vårdhygien Ja Nej

Övrigt

Patienten har fått information om diagnos och muntliga och skriftliga
förhållningsregler enligt smittskyddsblad Ja Nej
Smittskyddsanmäld Ja Nej
Återkoppling till läkare / journalanteckning Ja Nej

