

FORMULÄR FÖR HIV-TESTNING

Provtagningsdatum _____

Namn _____ Visat ID-Kort? _____

Personnummer _____ Kön? _____

Testad tidigare? _____ När? _____

Anledningen till test nu? _____

Senaste ev.smittotillfälle? _____

Sexuell kontakt med man? _____ I Sverige? _____ Utomlands? _____

Sexuell kontakt med kvinna? _____ I Sverige? _____ Utomlands? _____

Fått blodtransfusion? _____ I Sverige? _____ Utomlands? _____

Injicerat narkotika? _____ I Sverige? _____ Utomlands? _____

Prostitution (själv/ brukare?) _____ I Sverige? _____ Utomlands? _____

Vistelse utomlands? _____ Var? _____ När? _____

Är du eller varit blodgivare? _____ Senast? _____

Information till den som testar sig: _____

Testas igen? _____ När? _____

Åb/tel: _____

Kommentar vid åb/tel: _____

Ansvarig sjuksköterska: _____