

Datum

Hepatit A – Frågeformulär för patient eller kontakt

Personnummer

Namn

Adress

.....

Telefonnummer

Yrke

Livsmedelshantering, vård och omsorg Ja Nej

Arbetsplats

Förskola (om förskolebarn)

Telefonnummer

Tidigare vaccination mot hepatit A Ja Nej Vet ejHar du haft kontakt med en person som har gulsot? Nej Ja

Om ja – Vem?

När?

Typ av kontakt?

.....

Har du symtom?

.....

.....

Mottagningens åtgärder

Datum

Profylax Ja Nej Havrix, dos Gammaglobulin, dosProvtagning HAV IgG + IgM Leverstatus

Sign:

Patient (HAV IgM pos alt. även IgG pos)

Insjuknandeort

Insjuknandedatum

Utlandsvistelse? Ja Nej

Land

Resmål

Hotell

Researrangör

Avresa (datum) Hemkomst

Egen misstanke om smittkälla.....

.....

Smittade personer i omgivningen? Ja Vet ej

Antal familjemedlemmar

Blöjbarn? Ja NejBarnomsorg? Förskola Hemma Fritidshem Skola

Namn/enhet/telefonnr