

Smittesporingsskjema

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Skjema
Sist endret: 29.09.2022

SMITTESPORINGSSKJEMA

Skjema fylles ut av **ansvarlig lege** og/eller **aktuelle ledere** (kan delegeres) i samarbeid med **smittevern** (tlf 2351/1056/2136/2140).

Legg til rader eller bruk flere skjema om nødvendig. Utfylt skjema (papirversjon) sendes eller leveres snarest til smittevern (skal ikke sendes med epost).

1. HENDELSE

Pasient (navn og fødselsnummer)	
Sykdom eller mikrobe	
Laboratiebekreftet (hvis ja: angi prøvedato og laboratorium)	
Første kontakt ved SiV (dato og klokkeslett)	
Siste kontakt ved SiV (dato og klokkeslett)	

2. BERØRTE ENHETER VED SIV (hvor har personell eller pasienter/pårørende hatt ubeskyttet direkte eller indirekte kontakt med pasienten)

Enhet	Beskriv kontakt (hvor, hva, hvordan) eller NEI	Fra (dato, klokkeslett)	Til (dato, klokkeslett)	Særlige risikohendelser (beskriv) eller NEI
Poliklinikk				
Prehospital				
Akuttsenter				
Sengepost 1				

4. UTFYLLENDE OPPLYSNINGER

--

5. SKJEMA UTFYLT AV

Navn		Rolle	
Tlf (jobb og privat)		Dato, klokkeslett	

6. SMITTEVERNURDERING (fylles ut av smittevern) Behov for særskilt oppfølging (f.eks posteksponeringsprofylakse, etterkontroll, restriksjoner etc)?

--