

## Lista för smittspårade kontakter till fall med Covid-19

(Listan består av tre sidor, kom ihåg att fylla i sammanställningen på sista sidan)

Datum	Enhet/avdelning där smittspårningen pågår		
Fall med covid-19 (Index)			Index - datum för provtagning
Ansvarig smittspårare	Smittspårande enhet		

### Uppgifter om kontakter

Nr	Personnummer	Namn	Relation	Expositionsdatum	Symtom	PCR prov 1	PCR prov 2 Endast om prov 1 är negativt	Kontaktuppgifter	Övrigt
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		

## Lista för smittspårade kontakter till fall med Covid-19

(Listan består av tre sidor, kom ihåg att fylla i sammanställningen på sista sidan)

Fall med covid-19 (Index)	Enhet/avdelning där smittspårning pågår
---------------------------	---

Nr	Personnummer	Namn	Relation	Expositionsdatum	Symtom	PCR prov 1	PCR prov 2 Endast om prov 1 är negativt	Kontaktuppgifter	Övrigt
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		

## Lista för smittspårade kontakter till fall med Covid-19

(Listan består av tre sidor, kom ihåg att fylla i sammanställningen på sista sidan)

Fall med covid-19 (Index)	Enhet/avdelning där smittspårning pågår
---------------------------	---

Nr	Personnummer	Namn	Relation	Expositionsdatum	Symtom	PCR prov 1	PCR prov 2 Endast om prov 1 är negativt	Kontaktuppgifter	Övrigt
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
			<input type="checkbox"/> Vårdtagare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	Datum _____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		

### Sammanställning

<b>Antal exponerade</b> <input type="checkbox"/> Vårdtagare _____ <input type="checkbox"/> Närstående _____ <input type="checkbox"/> Personal _____ <input type="checkbox"/> Annan _____	<b>Antal provtagna individer</b> <input type="checkbox"/> Vårdtagare _____ <input type="checkbox"/> Närstående _____ <input type="checkbox"/> Personal _____ <input type="checkbox"/> Annan _____	<b>Övrigt</b>	
<b>Antal med symtom</b> <input type="checkbox"/> Vårdtagare _____ <input type="checkbox"/> Närstående _____ <input type="checkbox"/> Personal _____ <input type="checkbox"/> Annan _____	<b>Antal positiva vid provtagning</b> <input type="checkbox"/> Vårdtagare _____ <input type="checkbox"/> Närstående _____ <input type="checkbox"/> Personal _____ <input type="checkbox"/> Annan _____	<b>Startdatum smittspårning</b>	<b>Slutdatum smittspårning</b>