

Patientöversikt gastroenterit

Rum/ säng	Namn	Debut Datum	Symtom	Virusprov *	Symtomfri Datum
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	
			<input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Provsvär <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	

* Rekommendationen är att en handfull patienter provtas för att verifiera att det är calici.

Avdelningen stängd för intag datum:

Öppnad datum:

Registrering- Observera

1. Skriv ut detta dokument och gör era anteckningar, spar dokumentet tills utbrottet är över. Detta formulär ska inte skickas till Vårdhygien.

2. Vid avslutat utbrott registrera calici-utbrottet via webbformulär på Vårdhygiens webbsida <http://www.regiongavleborg.se/vardhygien>.

Kontaktuppgifter till hygiensjuksköterskorna på Vårdhygien

Anita Johansson 026- 15 51 65, Britt-Inger By 026- 15 01 80,

Katrin Ohlsson 026-15 51 52 och Ida Andersson 026- 15 78 80.