

Covid-19 frågeformulär

Frågeformulär för intervju vid misstanke om covid-19

Avsedd att användas av sjukvårdspersonal.

OBS! Frågeformulär ska inte tas in på patientsal. Telefonintervju gäller.

Datum för intervju ___ / ___ / ___ Lokal: _____

ID/Passnr: _____

Identitet

Efternamn: _____

Förnamn: _____

Födelsedata: ___ / ___ / ___ Ålder: _____ Kön: _____

Boende vid misstänkt exponering: _____

Nationalitet: _____

Yrke: _____

Adress i hemlandet _____

E-post: _____

Mobiltelefonnummer: _____

Provsvar via 1177-app? Ja Nej
Provsvar via standarsbrevsvar? Ja Nej

Hushållskontakter

Personnummer	Namn	Mobilnummer

Expositionsrisik

Har patienten varit i kontakt med ett misstänkt eller konfirmerat Covid-19-fall under de närmaste 2 veckorna före insjuknandet?

Ja Nej Okänt

Har patienten varit i område med samhällssmitta för Covid-19 de närmaste 2 veckorna före insjuknandet?

Ja Nej Okänt

Land/länder som besökts inom 14 dagar före första symtom: _____

Städer som besökts inom 14 dagar före första symtom: _____

Flygplatser som besökts inom 14 dagar före första symtom: _____

Sjukhus som besökts inom 14 dagar före första symtom: _____

Hälsotillstånd

Aktuellt hälsotillstånd:

Gravid? Ja Nej Kommentar/gravid vecka: _____

Sjukhistoria

Hypertoni? Ja Nej Okänt

Kardiovaskulär sjukdom? Ja Nej Okänt

Diabetes? Ja Nej Okänt

Cerebrovaskulär sjukdom/tidigare stroke? Ja Nej Okänt

Lungsjukdom? Ja Nej Okänt

Malignitet? Ja Nej Okänt

Immunhämmande behandling? Ja Nej Okänt

Medicinlista:

Visar patienten något av följande symtom? (markera de aktuella)

Har patienten haft feber? Ja Nej Okänt

Om så vilken temperatur är uppmätt? _____

När började de första symtomen? (ÅÅÅÅ/MM/DD): _____

Övriga symtom

Om ja, skriv tidpunkt för debut.

Torrhosta Ja _____ Nej Okänt

Muskelvärk Ja _____ Nej Okänt

Ledvärk Ja _____ Nej Okänt

Huvudvärk Ja _____ Nej Okänt

Andningssvårigheter Ja _____ Nej Okänt

Slemhosta Ja _____ Nej Okänt

Buksmärtor Ja _____ Nej Okänt

Diarré Ja _____ Nej Okänt

Halsont Ja _____ Nej Okänt

Illamående Ja _____ Nej Okänt

Kräkningar Ja _____ Nej Okänt

Dokumentnamn: Covid-19 frågeformulär

Dokument ID: 09-457287

Giltigt t.o.m.: 2021-03-12

Revisionsnr: 5

Matleda Ja _____ Nej Okänt

Slöhet/trötthet Ja _____ Nej Okänt

Yrsel Ja _____ Nej Okänt

Beslut ska provtas Ja _____ Nej

Fått förhållningsregler Ja _____ Nej

Om ja, vilka av nedan förhållningsregler har givits:

Vikten av god hygien inklusive handhygien och hostetikett.

Instruktion om att vid uppkomst av symptom direkt ta telefonkontakt med vården via 1177 och att patienten inte uppsöker vårdinrättning utan föregående telefonkontakt.

Undvika sociala kontakter utanför hushållet.

Undvika att resa, både inom Sverige och utomlands.

Transport från hemmet ska ske utan att annan person utsätts för smitta.

Förhållningsregler gäller tills du har fått negativt provsvar. OBS! Vid fortsatt feber och/eller hosta måste ett andra prov lämnas.

Övrigt: _____

Ifylld av sjuksköterska:

Namn