

Frågeformulär vid misstanke om ebola

För personal som inte är sjukvårdsutbildad

Instruktion: Formuläret fylls i inför bedömning om risk för ebolainfektion.

[Smittskyddsläkaren](#), [Folkhälsomyndigheten](#) och [WHO](#) informerar om länder med ebolaspridning.

Efternamn: _____

Förnamn: _____

Födelsedata: ____/____/____

Kontaktuppgifter (Hotell, grupp, Telefon/e-mail adress):

Symptom	Ja	Nej	Vet ej
Feber, om feber uppge temperatur.			
Kräkningar			
Ledvärk			
Svaghet			
Blödning från näsa eller mun, I kräkning eller avföring, mörk eller blodig urin?			
När började det första symtomet? (DD/MM/ÅÅÅÅ)____/____/____/ Land/länder som besökts inom 21 dagar före första symtom: _____			
Bara för deltagare som rest till EVD drabbade länder:	Ja	Nej	Vet ej
Träffat någon som har varit sjuk med följande symtom: kräkningar, diarré eller blödning under de senaste 3 veckorna?			
Träffat någon som avlidit under de senaste 3 veckorna?			
Deltagit i en begravning under de senaste 3 veckorna?			