

Datum .....

## Hepatit A – Frågeformulär för patient eller kontakt

Personnummer .....

Namn .....

Adress .....

.....

Telefonnummer .....

Yrke .....

Livsmedelshantering, vård och omsorg  Ja  Nej

Arbetsplats .....

Förskola (om förskolebarn) .....

Telefonnummer .....

Tidigare vaccination mot hepatit A  Ja  Nej  Vet ej

Har du haft kontakt med en person som har gulsot?  Nej  Ja

Om ja – Vem? .....

När? .....

Typ av kontakt? .....

.....

Har du symtom? .....

.....

.....

## Mottagningens åtgärder

Datum .....

Profylax  Ja  Nej

Hepatit A-vaccin, dos .....  Gammaglobulin, dos  
.....

Provtagning  HAV IgG + IgM  Leverstatus

Sign: .....

## Patient (HAV IgM pos alt. även IgG pos)

Insjuknandeort .....

Insjuknandedatum .....

Utlandsvistelse?  Ja  Nej

Land .....

Resmål .....

Hotell .....

Researrangör .....

Avresa (datum) ..... Hemkomst .....

Egen misstanke om smittkälla.....

.....

Smittade personer i omgivningen?  Ja  Vet ej

Antal familjemedlemmar .....

Blöjbarn?  Ja  Nej

Barnomsorg?  Förskola  Hemma  Fritidshem  Skola

Namn/enhet/telefonnr

.....

.....