

Smittspårningshandling

Utredningsformulär för partnerspårning vid **klamydia** Sign:
gonorrhé Dat:
.....

Indexpatienten:

Namn: Personnr:

Adr./mobil/telefon:
.....

Remiss/hänvisning från:

Behandlande läkare: Diagnosdatum:

Typ av behandling: Datum för behandling:

Datum för anmälan enl. Smittskyddslagen:

Sannolik smitta i utlandet nej ja land/länder.....

Datum för påbörjad partnerspårning:

Datum för avslutad partnerspårning:

Senaste test:

Partnerspårningen omfattar ≥ 1 år 6 mån 3 mån

Antal aktuella partner/s: varav identifierbara inom Sverige:.....

Övrigt:
.....