

## Smittspårningshandling

Partner nr ..... av (.....)

Diagnos: klamydia

Sign:.....

gonorrhé

Dat:.....

Indexpatient anm. kod:.....

..... Indexpatientens uppgifter:Namn på partnern/ alias: .....  man  kvinna

Adress:.....

Telefon/mobil:.....

Ålder(ca): ..... Andra kännetecken: .....

 Fast partner  f.d. fast partner  tillfällig

Kontakttid: .....--..... Var? .....

Kondom:  alltid  aldrig  delvis/iblandBehandlad:  nej  vet ej  ja När och var?.....Partnerspårarens utredning/framtagna uppgifter:

Nummerupplysningen: Namn: .....

Adress: .....

Folkbokföring: Namn: ..... Personnr.: .....

Adress: .....

Övrigt: .....

Tidigare testdatum: .....  neg.  pos.Åtgärder/Kallelse Indexpatient  Talong medskickad  annan överenskommelse..... Partnerspårare

Brev 1 Datum..... Telefon.....

Brev 2 Datum..... Datum för anmälan enl. Smittskyddslagen:.....

 Testad datum, mottagning: .....  neg  pos.  okäntPartnerspårningen avslutad:  ja  nej