## Frågeformulär vid misstanke om ebola

**För personal som inte är sjukvårdsutbildad.**

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

***OBS! Sänd inte persondata via e-post. Använd vanligt post.***

[*Smittskyddsläkaren*](https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/kunskapsstod-och-rutiner/smittskydd/smittskydd-a-o/e/Ebola/)*,* [*Folkhälsomyndigheten*](https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/) *och* [*WHO*](http://www.who.int/ebola/en/) *informerar om länder med ebolaspridning.*

**Efternamn:** **Förnamn:**

**Födelsedatum:** **Kön:**

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

**SYMTOM**

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? (ÅÅÅÅ-MM-DD):

**Nedan frågor besvaras av dig som rest till länder som drabbats av ebola**

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?