

## Slutrapport efter utbrott av smittsam magsjuka

Fylls i vi smittspridning/utbrott inom särskilt boende eller hemtjänstgrupp.

Enhet \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Kommun \_\_\_\_\_

Vårdtagare	Personal
Antal vårdtagare på enheten/avd: _____ Antal vårdtagare per hemtjänstgrupp: _____	Antal personal: _____ Antal personal: _____
När insjuknade den första vårdtagaren? ____	När insjuknade den första personalen? ____
Har den först insjuknade, sista veckan före insjuknandet vårdats/vistats på annan plats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, var? _____	Har den först insjuknade, sista veckan före insjuknandet arbetat på annan plats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, var? _____
Totalt antal insjuknade vårdtagare under perioden: _____	Totalt antal insjuknade personal under perioden: _____
Antal återinsjuknade vårdtagare: _____	Antal återinsjuknade personal: _____
Datum för utbrottets slut _____ dvs 2-3dygn efter sista symtom hos vårdtagare/personal.	
Hemtagningsstopp Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Antal dagar: _____	Antal arbetspass med extrainkallad personal utöver ordinarie bemanning: _____
Har insjuknandekurva förts? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<i>Om Ja, bifoga kopia!</i>
Finns något dödfall som kan sättas i samband med magsjukan? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Antal: _____

Datum: \_\_\_\_\_ Uppgiftslämnare: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_

Slutrapporten insänds inom 1 vecka till

Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt

Vårdhygien  
Centrallasarettet  
351 85 VÄXJÖ  
Alt faxas till: 0470-58 74 55

Dokumentet kan sparas ner och bifogas som fil till [katarina.madehall@ltkronoberg.se](mailto:katarina.madehall@ltkronoberg.se)