

| | | | |
|---|---|------------------------------|-----------------------------|
| Dokumenttyp Formulär | Ansvarig verksamhet Smittskydd Värmland | Version 1 | Antal sidor 1 |
| Dokumentägare Elisabeth Skalare Levein Smittskyddssjuksköterska | Fastställare Ingemar Hallén Smittskyddsläkare | Giltig fr.o.m. 2019-02-27 | Giltig t.o.m. 2023-02-14 |

MRSA-screening personalremiss

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Ankomstdatum klinisk mikrobiologi: _____

| | |
|--|---|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Skuggade fält fylls i av provtagaren </div> Provtagningsdatum Provtagande mottagning | Prov från <input type="checkbox"/> Näsa <input type="checkbox"/> Svalg Övrigt – t.ex. hudlesion, sår, eksem och dyl.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Vita fält fylls i av den som ska provtas </div> Personnummer Efternamn Förnamn Tfn hem | Anställning Region Värmland (RV), hälso- och sjukvård <input type="checkbox"/> RV, arbetsplats: Region Värmlands provsvar skickas till Smittskydd Värmland, CSK |
| Anställning, ange kommun och arbetsplats <input type="checkbox"/> Kommun: Arbetsplats: | Fakturaadress |
| Provsvarsadress Kopia av provsvar skickas till | Orsak till provtagningen 1. <input type="checkbox"/> Har arbetat i riskområde Var: När: |
| 2. <input type="checkbox"/> Smittspårning efter spridning av smitta på egna arbetsplatsen. | Undersökningen debiteras Kommun: Debiteras respektive kommun. Positivt odlingsresultat meddelas av Smittskydd Negativa odlings svar meddelas inte |
| 3. <input type="checkbox"/> Ska arbeta på arbetsplats utanför Värmland som kräver odling. | Undersökningen debiteras berörd enhet. Provstället debiterar endast för provtagningen Mikrobiologen debiterar privatpersonen: Namn Adress Postnr Postort |
| Övrig information | |

Dokumentet är utarbetat av: Elisabeth Skalare Levein