

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. 2021-02-14

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
Provvarsadress	Kopia av provsvar skickas till
Orsak till provtagningen 1. <input type="checkbox"/> Har arbetat i riskområde Var: När:	Undersökningen debiteras Kommun: Debiteras respektive kommun. Positivt odlingsresultat meddelas av Smittskydd Negativa odlingsvar meddelas inte
2. <input type="checkbox"/> Smittspårning efter spridning av smitta på egna arbetsplatsen.	Undersökningen debiteras berörd enhet.
3. <input type="checkbox"/> Ska arbeta på arbetsplats utanför Värmland som kräver odling.	Provstället debiterar endast för provtagningen Mikrobiologen debiterar privatpersonen: Namn Adress Postnr Postort
Övrig information

Dokumentet är utarbetat av: Elisabeth Skalare Levein