Smittspårningslista Vattkoppor

Indexpatient

Namn		**Personnummer**	

Sjukhus			
Avdelning			
Enhetschef		Telefon	

Exponerad för vattkoppor: ☐Patienter ☐Personal Använd 1 lista/pat el personal

Namn	**Personnummer**	**Kommentar, immunstatus (vaccinerad, genomgången sjukdom)**

Namn	Personnummer	Kommentar, immunstatus (vaccinerad, genomgången sjukdom)