

## Eksempel på screeningskjema for Covid-19

Namn:

Dato:

Spørsmål	NEI	JA	Evt. merknad
1. Har du fått påvist koronavirus-smitte (covid-19) eller ventar du på prøvesvar?			
2. Har du vore i nærkontakt med person med koronavirus-smitte (covid-19) siste 2 veker?			
3. Har du vore i utlandet siste 2 veker?			
4. Har du hatt eitt eller fleire av symptomona nedanfor som har <b>oppstått</b> siste 2 veker?			
<input type="checkbox"/> <i>Feber</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Hoste</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Tung pust</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Hovudverk med samstundes sjukdomsfølelse eller slappheit*</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Nedsett lukte- og/eller smakssans*</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Muskelverk*</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Sår hals*</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Rennande/tett nase eller nysing (forkjølelser symptom)*</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Smerte i øvre del av magen, kvalme, oppkast eller diare*</i>			

\*Slike symptom som varer kort tid (< 1 døgn) og meir enn tre dagar tilbake i tid vert ikkje vektlagde. Det same gjeld forverring av kroniske symptom. Ved tvilstilfelle kontaktast ansvarleg behandlar, t.d. om pasienten har feber med ei klar årsak som ikkje har med Covid-19 å gjere.