

**Skráningareyðublað vegna greiningar COVID-19 hjá starfsmanni**

Dagsetning skráningar: \_\_\_\_\_

Nafn hjúkrunarfræðings/læknis sem fyllir út eyðublað: \_\_\_\_\_

**Upplýsingar um starfsmann**

Starfsheiti: \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_

Símanúmer: \_\_\_\_\_

**Faraldsfræðilegar upplýsingar**

Nafn og kennitala sjúklings sem starfsmaður sinnti: \_\_\_\_\_

Hvenær var starfsmaður síðast útsettur fyrir sjúkling (< 1-2 m)?: \_\_\_\_\_

Í hversu langan tíma var starfsmaður útsettur fyrir sjúklingi (< 1-2 m):

< 5mín

5-15 mín

>15 mín

Var starfsmaður í viðeigandi hlífðarbúnaði (FFP2 gríma að lágmarki, hlífðargleraugu, hanskar, vatnsheldur langerma hlífðarsloppur, skurðstofuhúfa) þegar hann fór inn á stofu til sjúklings?

Já  Nei  Tiltakið ástæðu nánar ef svar var nei: \_\_\_\_\_

Var starfsmaður viðstaddur úðamyndandi aðgerðir (s.s sogun, barkaþræðing, berkjuskol, endurlífgun) voru framkvæmdar: Já  Nei

Ef já, tiltakið aðgerð og dagsetningu: \_\_\_\_\_

**Upplýsingar um einkenni**

Upphafsdagur einkenna: \_\_\_\_\_

Hefur starfsmaður einhver af eftirtöldum einkennum (merkið við öll sem eiga við):

Hiti  Ef já, hversu hár var hitinn \_\_\_\_\_

Hósti

Hálssærindi

Nefrennsli  Mæði

Hefur sjúklingurinn önnur einkenni:

- Hrollur     Höfuðverkur     Vöðvaverkir     Slappleiki/þreyta   
 Kviðverkir     Niðurgangur     Uppköst     Lystarleysi   
 Liðverkir     Útbrot     Annað, tiltakið  \_\_\_\_\_

### Upplýsingar um undirliggjandi sjúkdóma, ástand og lyf

Engir undirliggjandi sjúkdómar     Hef ekki upplýsingar að svo stöddu

Barnshafandi  ef já tiltakið hversu langt gengin \_\_\_\_\_

Sykursýki     Hjartasjúkdómur     Háþrýstingur     Lungnasjúkdómur

Reykir     Langvinnur nýrnasjúkdómur     Langvinnur lifrarsjúkdómur

Krabbamein  ef já tiltakið: \_\_\_\_\_

Sjálfsónæmissjúkdómar (s.s gigt)  ef já tiltakið: \_\_\_\_\_

Ónæmisbælandi lyfjameðferð  ef já tiltakið: \_\_\_\_\_

Annað, tiltakið: \_\_\_\_\_

### Greiningarpróf

Greingarpróf	Jákv	Neg	Ekki gert
Influenza PCR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. metapneumovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parainfluenza (1-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinovirus/enterovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coronavirus (OC43, 229E, HKU1, NL63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>M. pneumoniae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>C. pneumoniae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, Specify _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sýni sent í COVID-19 próf**

Gerð sýnis	Dagsetning prófs	Jákvætt	Neikvætt
Nefkok		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hálsstrok		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hráki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAL vökvi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheal aspirate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annað, ____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Niðurstaða**

Starfsmaður má fara aftur til vinnu:    Já     Nei

Ef nei, tiltakið hvaða skilyrði þarf að uppfylla áður en fer til vinnu: \_\_\_\_\_

- Heimasóttkví
- Heimaeinangrun
- Annað

Dagsetning sem starfsmaður snýr aftur til vinnu: \_\_\_\_\_