



## Smittspårningshandling, Kontakt

nr .....

**Diagnos:** Klamydia  Gonorré  Syfilis  HIV  Annan  .....

ID-uppgifter..... Upprättad datum .....

Namn..... Mottagning .....

Adress .....

..... Smittspårare.....

Telefon/Mobil.....

Arbetsplats/Skola .....

Övriga kontaktuppgifter .....

.....

.....

**Sexkontakt, datum**

Fast partner  
fr.o.m. .... t.o.m. ....

Återkommande kontakt .....

Känd tillfällig kontakt .....

Okänd tillfällig kontakt .....

Flera sexkontakter samtidigt .....

Index kontakter Ja  Nej

Partnerbrev 1 skickat datum .....

Partnerbrev 2 skickat datum .....

Telefonkontakt datum .....

Annat .....

.....

Provtagen vid ..... datum .....

Resultat Pos  Neg

Är behandlad Ja  Nej

Ny smittspårning  
påbörjad Ja  Nej

Smittspårningshandling nr ..... upprättad

Ärendet överlämnat till smittskyddsläkaren, datum .....