

Kartläggning skabbutbrott



**Falkenbergs
kommun**

Enhet/avdDatum start/avslut

Namn personnummer	Adress Rum/ Lägenhet	Område/Enhet/ Avdelning	Nära relation till och / eller kroppsnära kontakt	Behandling Datum 1:a och 2:a	Datum Lgh/rum och kläder tvättade enligt Checklista Vårdhygien HSL-handboken	Symtom	Uppföljning Signatur vårdpersonal/ sjuksköterska