

## Kartläggning skabbutbrott



**Falkenbergs  
kommun**

Enhet/avd .....Datum 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