

SÅLLNINGSTRIAGE Covid-19 triage:

Datum

Namn

Personnummer

Temp:

Sökorsak:

Symtom:

Feber	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hosta	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Tungandad	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Övre luftvägssymtom: snuva, ont i halsen	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Epidemiologi: Nära kontakt med KÄND covid-19 patient de senaste 14 dagarna : JA NEJ

Fortsatt handläggning Om ett av ovanstående symptom + epidemiologi *eller* 2-4 symptom till Sorteringstriage. Annars hem eller till vanliga akuten

A. Inga Covid symptom	
Hem	<input type="checkbox"/>
Hänvisning till annan vårdgivare	<input type="checkbox"/>
Till AKM för vanlig triage	<input type="checkbox"/>

B. Covid symptom till Sorteringstriage	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

SORTERINGSTRIAGE för B patienter

Enligt lokala anvisning, väg in ålder, socialsituation, kroniska sjukdomar, nuvarande symptom, bild, risk för försämring och komplikationer,

Fortsatt handläggning:

B1 Hem isolering och egenvård, info och uppföljning enligt rutin

B2 Till vidare isolerat omhändertagande på sjukhus

Bedömd av: _____