

Skjema til intervju av bekreftet eller mistenkt ebolapasient: Hjelp til oppsporing/kartlegging av mulige kontakter

Pasientens navn: _____ Fødselsnr: _____ Intervjuers navn: _____ Dato intervju: _____

- 1) Når (dato og klokkeslett) hadde du den siste mulige eksponeringen for ebolavirus? _____
- 2) Når (dato og klokkeslett) følte du deg første gang uvel/syk? _____

Hvilke symptomer har du (hatt)?	JA	NEI	Usikker	Hvis JA, når startet dette symptomet? Dato og klokkeslett
Feber				
Slapphet				
Hodepine				
Muskelsmerter				
Oppkast				
Diare (hvor hyppig?) med/uten blod?				
Blødninger				

Fokuser i første rekke på å identifisere og innhente kontaktinformasjon på de som har vært i fysisk kontakt med pasienten i sannsynlig smitteførende periode.

*Begynn med et åpent spørsmål: **Hvor har du vært, hva har du gjort og hvem har du vært sammen med siden du begynte å føle deg uvel?***

Gå systematisk gjennom dagene fra tidspunktet pasienten merket første symptom og fremover til intervjutidspunktet. Del gjerne dagen opp i formiddag og ettermiddag, men la pasienten snakke fritt (eget ark til disse svarene). Noter deg evt. kallenavn, kjennetegn osv. hvis pasienten ikke kjenner fullt navn på aktuelle personer.

Forklar for pasienten: «For at vi ikke skal glemme noen kommer jeg til å stille deg en del detaljerte spørsmål om hvor du har vært. Det betyr ikke at alle du har truffet kan ha vært utsatt for smitte, men vi vil gjerne ha en så grundig oversikt som mulig».

NB! Pasienten kan (av ulike grunner) være utilgjengelig for intervju slik at informasjon for oppsporing av kontakter, og evt. validering av oppgitt informasjon, må skaffes til veie via andre kanaler (familie/venner/helsepersonell/politi).

Hvor har du vært siden du begynte å føle deg uvel? (kryss av)		Adresse(r) hvis JA	Dato/tidsperiode, klokkeslett	Kommentarer/navn mulig kontakter
- Bosted/bolig	<input type="checkbox"/>			
- Overnatting annet sted	<input type="checkbox"/>			
- Besøk venner/familie	<input type="checkbox"/>			
- Jobb	<input type="checkbox"/>			
- Studie	<input type="checkbox"/>			
- Skole/barnehage	<input type="checkbox"/>			
- Annet	<input type="checkbox"/>			
Hva har du gjort siden du begynte å føle deg uvel? (kryss av)		Adresse(r) hvis JA	Dato/tidsperiode, klokkeslett	Kommentarer/navn mulig kontakter
- Fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>			
- Fulgt barna på aktiviteter	<input type="checkbox"/>			
- Cafe/restaurant	<input type="checkbox"/>			
- Disko/pub/utested	<input type="checkbox"/>			
- Kino/teater/konsert/bibliotek	<input type="checkbox"/>			
- Konferanse/kongress	<input type="checkbox"/>			
- Religiøst møte/bønnesamvær	<input type="checkbox"/>			
- Annet	<input type="checkbox"/>			
Hvem har du vært sammen med siden du begynte å føle deg uvel? (kryss av)		Adresse(r) hvis JA	Dato/tidsperiode, klokkeslett	Kommentarer/navn mulig kontakter
- Familie	<input type="checkbox"/>			
- Venner	<input type="checkbox"/>			
- Kolleger	<input type="checkbox"/>			
- Barnas venner/omgangskrets	<input type="checkbox"/>			
- Annet	<input type="checkbox"/>			
Har du vært i fysisk kontakt med helsevesenet? (kryss av)		Adresse(r) hvis JA	Dato/tidsperiode, klokkeslett	Kommentarer/navn mulig kontakter
- Fastlege	<input type="checkbox"/>			
- Legevakt	<input type="checkbox"/>			
- Sykehus	<input type="checkbox"/>			
- Sykehjem	<input type="checkbox"/>			
- Apotek	<input type="checkbox"/>			
- Annet	<input type="checkbox"/>			
- Sittet på venterom	<input type="checkbox"/>			
- Tatt prøver	<input type="checkbox"/>			

Hvilke transportmidler har du benyttet siden du begynte å føle deg uvel? (kryss av)		Flightnummer, bussrute, trikk/T-banerute, togvogn/setenummer	Dato/tidsperiode, klokkeslett	Kommentarer/navn mulig kontakter
- Bil	<input type="checkbox"/>			
- Tog	<input type="checkbox"/>			
- Trikk/bane	<input type="checkbox"/>			
- Båt	<input type="checkbox"/>			
- Buss	<input type="checkbox"/>			
- Fly	<input type="checkbox"/>			
- Taxi	<input type="checkbox"/>			
- Annet	<input type="checkbox"/>			
Har du deltatt på noen samlinger eller sosiale aktiviteter siden du begynte å føle deg uvel? (kryss av)		Adresse(r) hvis JA	Dato/tidsperiode, klokkeslett	Kommentarer/navn mulig kontakter
- Begravelse	<input type="checkbox"/>			
- Dåp/konfirmasjon/bryllup	<input type="checkbox"/>			
- Andre store familietreff eller religiøse samlinger	<input type="checkbox"/>			
- Konferanse/workshop/kurs	<input type="checkbox"/>			
- Religiøs feiring/merkedager	<input type="checkbox"/>			
- Fest/(barne)bursdag	<input type="checkbox"/>			
- Annet	<input type="checkbox"/>			

Gå gjennom **alle stedene** du har fått JA på tidligere i intervjuet, og spør om personer i denne settingen.