Personal som i adekvat skyddsutrustning deltar i vård av patient (inkl städ) med misstänkt VHF:

Klinik/enhet: _____

Datum: _____ Tidpunkt: _____

Ansvarig EC/VC: _____

Lista nummer: _____

Datum	Namn	Arbetsuppgift (omvårdnad, provtagning, samtal, städning etc)	Vistelsetid – starttid – sluttid

Datum	Namn	Arbetsuppgift (omvårdnad, provtagning, samtal, städning etc)	Vistelsetid – starttid – sluttid