



Kallelse till provtagning enligt smittskyddslagen (2004:168) Datum

En person med konstaterad klamydiainfektion har uppgivit att du kan ha utsatts för smitta. Utifrån smittskyddslagen, av omsorg om din hälsa och för att du inte ska smitta någon annan, är du skyldig att lämna ett klamydiaprov.

Klamydia orsakas av en bakterie som smittar vid sexuell kontakt. Det är vanligt att klamydia inte ger några besvär. Infektionen är mycket smittsam oavsett om man har symtom eller inte. Man kan smittas med klamydia flera gånger.

Du måste snarast och senast inom 10 dagar uppsöka oss eller annan läkare, barnmorska eller sjuksköterska för undersökning. Du kan vända dig till en ungdomsmottagning, STI-mottagning eller hälsocentral. Besök, provtagning och eventuell behandling är kostnadsfri. **Du kan också beställa ett gratis test via www.1177.se/klamydiatest Väljer du att beställa ett test ska du skicka med den här blanketten när du skickar in ditt prov.**

Män undersöks med ett urinprov. Du bör inte ha kissat på minst en timme innan undersökningen. För kvinnor tas ett prov från slidan. **Till dess att provtagning och eventuell behandling är avslutad bör du inte ha samlag eller annan intim kontakt.**

All personal som arbetar inom hälso- och sjukvården har absolut tystnadsplikt och alla uppgifter som kommer fram vid provtagning/besök är sekretesskyddade.

Om du redan testat dig, var vänlig meddela oss detta snarast, se kontaktuppgifter nedan.

Ta med detta brev dit du testar dig för att undvika missförstånd om vilka prover som ska tas. Enligt smittskyddslagen är jag skyldig att ta reda på om du testat dig. Enda sättet för mig att få besked om detta är att din läkare, sjuksköterska, barnmorska eller personal från laboratoriet skickar talongen till nedanstående adress. Har du några frågor kring detta brev kan du kontakta oss på:

Enhetens kontaktuppgifter:



Till provtagande enhet

Tacksam för provtagning, undersökning och eventuell behandling av denna patient som är kontakt till en person med konstaterad klamydiainfektion.

Patientens namn:

Personnummer:

Provtagningsdatum:

Kod:

Skickas till:

Fyll i enhet

Fyll i adress

Fyll i postnummer och ort

Mottagningens stämpel