SUNDHEDSSTYRELSEN

Retningslinjer for håndtering af COVID-19

Denne retningslinje er baseret på tilgængelig information pr. 04. marts 2020, og vil blive opdateret ved behov[1].

04. marts 2020

Sagsnr. 04-0101-15/
E enhedeub@sst.dk

Baggrund

COVID-19 er en ny sygdom hos mennesker, der første gang blev påvist i den kinesiske millionby Wuhan i december 2019 på baggrund af en ophobning af tilfælde af svær lungebetændelse. Primo januar 2020 blev det påvist, at sygdomstilfældene skyldtes en virus af coronafamilien, som ikke tidligere var set hos mennesker.

Udbruddet har siden januar 2020 udviklet sig hurtigt. Fra slutningen af januar til slutningen af februar skete udviklingen særligt i Kina med epicenter i Hubei provinsen. Siden er der dagligt rapporteret om nye tilfælde i lande uden for Kina. I begyndelsen blev der primært rapporteret om importerede tilfælde fra Kina, men i takt med at antallet af smittede globalt er steget, ses der også vedvarende smitte i lande som Sydkorea, Japan, Singapore og Iran samt i flere regioner i Norditalien.

Udbruddet er forårsaget af en virus af coronafamilien, som ikke tidligere er set hos mennesker og som formodes at stamme fra flagermus. Den nye virus' arvemasse har et stort overlap med den virus, som forårsagede udbrud af SARS i 2002-2003. Da det er et nyt virus, formodes verdensbefolkningen at være modtagelig for smitte, hvilket øger potentialet for spredning over landegrænser og kontinenter (pandemisk potentiale).

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, erklærede d. 30. januar, at udbruddet af COVID-19 er en Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) på linje med enkelte tidligere udbrud som influenza-pandemien i 2009, udbruddet af ebolavirussygdom i 2014 og 2018 samt zika-udbruddet i 2016.

WHO navngav d. 11. februar den nye sygdom som "Coronavirus disease 2019 (COVID-19)", mens virus, der forårsager sygdom, benævnes "Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)" pga. slægtskabet med det virus, der forårsager SARS.

[1] Gældende vejledning kan altid tilgås på www.sst.dk/corona

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Det første bekræftede tilfælde af COVID-19 i Danmark blev rapporteret d. 27. februar og i lighed med en lang række andre europæiske lande, ses et stigende antal tilfælde, der er importeret fra områder med udbredt smitte. Flere europæiske lande rapporterer dog om lokal smittespredning uden epidemiologiske smittekæder til andre lande.
Den hurtige udvikling i Norditalien viser, at COVID-19 har potentiale for hurtig smitte-spredning, der formentlig skyldes at smitte sker fra individer med meget lette symptomer, der ikke kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. Samtidig giver det øgede antal lande med pågående smittespredning uden for Kina en øget risiko for, at importerede tilfælde af COVID-19 kan komme til Danmark af mange forskellige indrejseruter.

Myndighederne i Danmark arbejder ud fra en inddæmningsstrategi, hvor man forsøger at opspore smittede og deres kontakter for derved at undgå videresmitte til samfundet. Det må ud fra den nuværende internationale situation, med stadig flere tilfælde i de europæiske lande, forventes, at vi i nær fremtid kan komme i en situation med vedvarende person-til-person smitte i Danmark. Inddæmningsstrategien vil i en sådan situation kunne forhale epidemiens start og medvirke til at holde antallet af smittede nede.

Epidemiologi
Coronavirus er generelt en familie af vira, der kan være årsag til alt fra milde forkølelser til alvorlige nedre luftvejsinfektioner med mulig dødelig udgang.

SARS-CoV-2 er blevet påvist i miljøprøver fra dyremarkedet i Wuhan, men smittekilden på markedet er ikke påvist. På baggrund af genetiske analyser af virus mener man, at SARS-CoV-2 er blevet introduceret til mennesker på markedet, og herefter er smittespredningen sket imellem mennesker.

Inkubationstiden for COVID-19 er mellem 2 og 12 dage med en median tid omkring 5-7 dage.

SARS-CoV-2 smitter ved dråbesmitte og kontaktsmitte (håndtryk, via genstande m.v.) ligesom andre humane coronavirus.

Der også mulighed for at coronavirus kan smitte via fæko-oral smitte, men det antages ikke at have betydning for smittespredning. Det antages, at meget symptomatiske personer smitter mere, end personer med få eller ingen symptomer, på grund af større virusmængde samt mere slimproduktion, hoste og nys. Meget tyder på, at personer med COVID-19 smitter i meget tidlige sygdomsstadier i modsætning til fx SARS, hvor patienter først blev smittefarlige sent i sygdomsforløbet. Der er ikke påvist smitte fra mor til foster under graviditet.

I modsætning til mere alvorlige coronasygdomme som SARS og MERS har den nye COVID-19-sygdom et meget bredt spektrum af sygdomsmanifestationer, hvor de fleste smittede kun har lette eller moderate symptomer på øvre

luftvejsinfektion. Meget tyder på, at personer med COVID-19 smitter selv i meget tidlige sygdomsstadier i modsætning til fx SARS, hvor patienter først blev smittefarlige sent i sygdomsforløbet.

Estimater for dødeligheden (case-fatality rate) af COVID-19 afhænger af hvor mange smittede, der registreres. Manglende registrering af milde tilfælde vil således overestimere dødeligheden af COVID-19 betragteligt. WHO vurderer, at hvis man medtager alle smittede tilfælde i en befolkning, må der forventes en dødelighed på ca. 0,3-1%.

Overlevelsestiden for SARS-CoV-2 på overflader er endnu ukendt, men for praktiske formål regnes med en overlevelsestid på højst 48 timer. Virus er følsomt over for desinfektion med ethanol.

Klinisk billede
COVID-19 kan vise sig ved alt fra milde symptomer på øvre luftvejsinfektioner til svære nedre luftvejsinfektioner. Typiske symptomer er feber, hoste, ondt i halsen, hovedpine, muskelømhed og åndenød. Sygdommen kan udvikle sig til acute respiratory distress syndrome (ARDS), sepsis (blodforgiftning) og multiorgansvigt med dødelig udgang. Der er beskrevet øget risiko for alvorlige sygdomsforløb hos ældre mennesker, immunsupprimerede og mennesker med kroniske sygdomme herunder hjerte-kar sygdom. Der er beskrevet øget risiko for alvorlige sygdomsforløb hos ældre mennesker, immunsupprimerede og mennesker med kroniske sygdomme herunder hjerte-kar sygdom. Andelen af børn blandt de registrerede tilfælde er meget lille.

Baseret på opgørelser af epidemien i Kina er der skønsmæssigt ca. 80 % af patienter med bekræftet COVID-19 som har milde symptomer, og som derfor kan håndteres uden for sygehus, herunder ved isolation i eget hjem, m.v., mens ca. 15 % kan forventes at have behov for sygehusbehandling, f.eks. under kortere eller længere indlæggelse på medicinsk afdeling, mens ca. 5 % kan forventes at være kritisk syge evt. med behov for intensiv sygehusbehandling. Andelen af smittede, der dør, kan forventes at være mellem 0,3 % og 1 %.

Der findes ikke vacciner eller lægemidler til specifik behandling af COVID-19, og behandlingen er derfor understøttende.

Case definition
COVID-19 skal mistænkes hos personer, der opfylder følgende kriterier:

1.

Ophold inden for de sidste 14 dage før symptomdebut i områder [2], hvor der er betydende transmission af SARS-CoV-2

[2] Lande og områder med COVID-19 smittespredning i samfundet

OG

Har symptomer på akut indsættende luftvejsinfektion med feber, hoste, ondt i halsen, åndenød eller andre symptomer og kliniske fund, der kan give mistanke om COVID-19

2.

Har inden for de seneste 14 dage før symptomdebut haft tæt kontakt med en person, som er mistænkt for, eller har fået påvist, COVID-19

OG

Har symptomer på akut indsættende luftvejsinfektion med feber, hoste, ondt i halsen, åndenød eller andre symptomer og kliniske fund, der kan give mistanke om COVID-19

3.

Indlagte patienter med symptomer på svær, nedre luftvejsinfektion og som er svært klinisk påvirket, herunder behov for fx ilttilskud, uden kendt ætiologi, uanset rejseanamnese

Diagnosen <u>bekræftes</u> ved:

Påvisning af SARS-CoV-2 i prøvemateriale fra relevant materiale, se nedenfor

Nære kontakter defineres som:

- Personer fra samme husstand som person, der har fået påvist COVID-19
- Personer med direkte fysisk kontakt (fx givet hånd) til person, som har fået påvist COVID-19
- Personer som har haft ubeskyttet direkte kontakt med smittefarlige sekreter fra person, som har fået påvist COVID-19 fx er blevet hostet på, har berørt brugt lommetørklæde m.v.
- Personer med tæt kontakt “ansigt-til-ansigt” inden for 2 meter i mere end 15 minutter, fx samtale med person som har fået påvist COVID-19
- Personer som har været i et lukket miljø fx et klasseværelse, mødelokale m.v. i mere end 15 minutter og med mindre end 2 meters afstand fra person som har fået påvist COVID-19
- Sundhedspersonale og andre som har deltaget i plejen af en patient med COVID-19, og ikke har benyttet værnemidler på de foreskrevne måder
- Passagerer i fly siddende 2 sæder til alle sider inkl. modsatte side af gang fra person som har fået påvist, COVID-19, samt personale, der har håndteret den pågældende sektion.

Visitation
Patienter, der opfylder kriterierne for mistanke ifølge case definitionen ovenfor, skal umiddelbart henvises til initial udredning.

Hos upåvirkede patienter, både børn og voksne, kan den initiale udredning foregå ved en regional udredningsfacilitet (se nedenfor).

Ved behandlingskrævende sygdom skal patienten henvises direkte til udredning og behandling på infektionsmedicinsk afdeling på et af følgende sygehuse:

- Rigshospitalet (Blegdamsvej)
- Hvidovre Hospital
- Aarhus Universitetshospital (Skejby)
- Aalborg Universitetshospital (Syd)
- Sjællands Universitetshospital (Roskilde)
- Odense Universitetshospital (Odense).
-

Dog gælder det, at børn og unge (<18 år), der opfylder kriterierne for mistanke jfr. ovenfor, umiddelbart skal henvises til vurdering og evt. indlæggelse på børneafdelingen på af følgende sygehuse:

- Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre
- Aarhus Universitetshospital, Skejby
- Aalborg UH Nord
- OUH Odense Universitetshospital

Upåvirkede patienter kan selv transportere sig til en af de regionale udredningsfaciliteter, men skal informeres om at undlade at benytte offentlig transport. Ved behandlingskrævende patienter skal transporten foregå assisteret (se afsnit vedr. ambulancetransport til infektionsmedicinsk eller pædiatrisk afdeling)

Regional udredningsfacilitet:
Ved henvisning til en af de regionale udredningsfaciliteter skal der foretages en initial klinisk vurdering af patienten, herunder om patienten opfylder case definition, og har behov for sygehusbehandling, samt gennemføres testning for SARS-CoV-2.

Hvis der er patienter, der vurderes at være behandlingskrævende, skal de visiteres direkte til indlæggelse på de infektionsmedicinske eller pædiatriske afdeling afsnit jf. ovenstående.

Udredningsfaciliteten er fagligt forankret i en af de regionale infektionsmedicinske afdelinger. I praksis betyder det, at de regionale infektionsmedicinske afdelinger skal udarbejde instrukser til og stå for oplæring af personale til de regionale udredningsfaciliteter.

Testning skal som udgangspunkt ikke foretages på personer uden symptomer herunder asymptomatiske kontakter.

Der kan i de regionale udredningsfaciliteter overvejes brug af instrueret selv-testning.

Ved behov for direkte håndtering af patienten, bør personalet bære smittebeskyttelsesudstyr i form af handsker, væskeafvisende og langærmet engangsovertrækskittel, kirurgisk maske og visir/beskyttelsesbriller[3].

Prøvesvar skal følges op ved de regionale infektionsmedicinske afdelinger. Patienter, der afventer prøvesvar, skal informeres om hjemmeisolation (se afsnit vedr. håndtering på infektionsmedicinske og pædiatriske afdelinger).

Ved positiv svar skal patienten telefonisk kontaktes af sundhedspersonale fra de regionale infektionsmedicinske afdelinger, der vurderer om patienten fortsat er egnet til hjemmebehandling i isolation samt skal sikres relevant information om forhold ved behandling i hjemmeisolation mv. jf. afsnit om håndtering på infektionsmedicinske og pædiatriske afdelinger.

Ved negative testresultat hos patienter, der opfylder case-definitionen, skal der udleveres relevant informationsmateriale der oplyser, om hvilke symptomer man skal være opmærksom på og hvem de i så fald skal kontakte i hele inkubationstiden.

Laboratoriediagnostik
Laboratoriediagnostik skal udføres på materiale fra øvre eller nedre luftveje, alt efter hvor patienten har symptomer fra, dette kan være som en svælgpodning eller trachelasekret. På udredningsfaciliteterne vil prøvetagningen foretages som en som svælgpodning.

PCR-undersøgelse for SARS-CoV-2 kan varetages på Statens Serum Institut, efter forudgående aftale, eller på de klinisk mikrobiologiske afdelinger på:

- Rigshospitalet (Blegdamsvej)
- Hvidovre Hospital
- Aarhus Universitetshospital (Skejby)
- Aalborg Universitetshospital (Syd)
- Odense Universitetshospital (Odense)
- Slagelse sygehus

Der skal sikres akut svar i vagten herunder også i weekend og på helligdage.

[3] Det er regionens ansvar om nødvendigt at tilvejebringe dette udstyr.

Ved positiv prøve for SARS-CoV-2 skal der førstkommende hverdag sendes prøvemateriale til Statens Serum Institut med henblik på typning og gensekventering m.v. Transporten kan foregå med SSI-bilen alle hverdage.

Håndtering af patienter hos praktiserende læger, i lægevagtsklinikker, på akutmodtagelser m.v.

Personer, hvor COVID-19 overvejes jf. ovenstående kriterier, bør visiteres telefonisk, med indhentning af oplysninger om rejsemål, smitterisiko, symptomdebut og symptomer. For at undgå at patienter møder uvisiteret op hos praktiserende læger, akutklinikker, lægevagtsklinikker m.v. er det vigtigt at sikre en anamnese, der afdækker mulige ekspositioner for SARS-CoV-2. Patienter skal viderevisiteres telefonisk direkte til en regional test-facilitet og ved behov for indlæggelse skal patienten visiteres direkte til en infektionsmedicinsk afdeling jvf. Vedr. håndtering.

Hvis et lægehus har åbent konsultation eller selvbestilte besøg skal lægepraksis sikre, at der er synlig og let-tilgængelig information om COVID-19 ved fx. indgangen til lægepraksis, hvor der oplyses om at henvende sig telefonisk ved mistanke om COVID.

Den praktiserende læge, lægevagt, læge i akutmodtagelse m.v., skal i tilfælde af der vurderes behov for indlæggelse kontakte relevant infektionsmedicinsk eller pædiatriskafdeling, som vil rådgive vedr. indlæggelse og transport.

Hvis en patient undtagelsesvist møder fysisk op hos praktiserende læger, akutmodtagelser, lægevagtsklinikker m.v., og hvor patienten opfylder kriterierne for mistanke jf. ovenfor, skal der iværksættes følgende hygiejniske forholdsregler:

- Patienten placeres på enestue eller bag rumadskillelse, der kun besøges af nødvendigt personale.
- Der udleveres almindelig kirurgisk maske uden udåndingsventil, som patienten selv påsætter.
- Hvis muligt, skal sygehistorie og almentilstand vurderes på afstand.
- Ved stabile patienter skal personalet så vidt muligt undgå tæt kontakt.

Særligt for akutklinikker eller akutmodtagelser, hvor der opstår akut behov for direkte håndtering af patienter:

Ved behov for direkte håndtering af patienten, bør personalet bære smittebeskyttelsesudstyr i form af handsker, væskeafvisende, langærmet engangsovertrækskittel, kirurgisk maske og visir/beskyttelsesbriller[4]. Ved aerosolproducerende procedurer af luftveje - fx intubation, bronkoskopi eller trakealsugning - bør personalet bære FFP3 maske.

[4] Det er regionens ansvar om nødvendigt at tilvejebringe dette udstyr.

Før og efter kontakt med patienten udføres håndhygiejne med alkoholbaseret hånddesinfektionsmiddel. Såfremt hænderne er synligt forurenede eller fugtige udføres håndvask med sæbe før hånddesinfektion.

Rengøring foretages med vand og sæbe, og derefter desinficeres med klorholdigt produkt (min. 1.000 ppm). Tekstiler kan desinficeres ved min. 80 graders vask.

Kommunalt plejepersonale:
Kommunalt plejepersonale behøver ikke anvende mundbind eller andre værnemidler (fx kitler, handsker, forklæder o.l.). Der opfordres i stedet til at følge generelle hygiejneråd til forebyggelse af smitte. Der bør endvidere opsættes dispenser med håndsprit i fællesområder i fx plejeboligcentre og der opfordres til, at plejepersonalet bruger håndsprit mellem hver besøg hos borgere.

Øvrige myndighedspersonale
Ved frontpersonel med kontakt til borgere fx politi, ansatte i lufthavne etc. gælder generelle hygiejneråd fx god håndhygiejne samt at holde afstand til personer, der har tegn på sygdom.

Ambulancetransport til infektionsmedicinsk eller pædiatrisk afdeling
Ved ambulancetransport af patient med mistanke om COVID-19 bør:

- Patienten - hvis muligt - påføre sig selv en almindelig kirurgisk maske uden udåndingsventil.
- Såfremt forholdene tillader det, bør patienten selv gå ind og ud af ambulancen, og selv påsætte maske.
- Håndtering af patienten begrænses til så få personer, og så få procedurer, som det er fagligt forsvarligt.

Ambulancepersonale med direkte patientkontakt bør bære smittebeskyttelses-udstyr i form af:

- handsker
- væskeafvisende, langærmet engangsovertrækskittel kirurgisk maske og
- visir/beskyttelsesbriller.

Ved aerosolproducerende procedurer, fx behov for akut håndtering af luftveje bør personalet bære FFP3 maske.

Patienten bør modtages på enestue i isolation, og altid uden om akutmodtagelse.

Efter transporten rengøres ambulancen med vand og sæbe, og der foretages desinfektion med et klorholdigt produkt (minimum 1.000 ppm). Spild af krops-væsker optørres straks med absorberende materiale efterfulgt af pletdesinfektion med klorholdigt produkt (minimum 1.000 ppm). Ved

rengøring samt håndtering af tekstiler og affald bæres beskyttelse som ved patienthåndtering.

Affald bortskaffes ved det modtagende sygehus' sædvanlige retningslinier[6]. Linned og øvrige tekstiler emballeres i gelatine- eller plastpose og lægges til vask. Personalet ved infektionsmedicinsk afdeling yder ved behov assistance og rådgivning vedr. de hygiejniske forholdsregler.

Håndtering på infektionsmedicinsk afdeling /pædiatrisk afdeling
Behandlingskrævende patienter med mistanke om eller bekræftet COVID-19 skal indlægges på enten infektionsmedicinsk- eller pædiatrisk afdeling på et af de ovennævnte sygehuse (se afsnit Visitation). Barnet betinger visitationen.
Ved mistanke om COVID-19 hos både børn og voksne i en familie behandles børn og voksne på samme sygehus, dvs. på de sygehuse, der også behandler børn. I tilfælde hvor der er indikation for, at et barn er indlagt, men hvor forældre ikke har behov for indlæggelse, indlægges barn og forælder sammen i isolation på pædiatrisk afdeling.

Patienterne modtages på enestue i isolation og håndteres i henhold til retningslinjer for dråbeinfektion[7]. Håndtering af patienten begrænses til så få personer og så få procedurer, som det er fagligt forsvarligt.

Ved direkte patientkontakt bør personale bære smittebeskyttelsesudstyr i form af:

- handsker
- væskeafvisende, langærmet engangsovertrækskittel kirurgisk maske og
- visir/beskyttelsesbriller.

Ved aerosolproducerende procedurer som fx intubation og anden håndtering af luftveje, trakealsugning, svælgpodning, bronkoskopi m.v. bør personalet bære FFP3 maske.

Personalet bør være trænet og erfarent i brug af isolationsstuer samt i brug af beskyttelsesudstyr, herunder korrekt på- og aftagning af værnemidler.

Til patientbehandling bør anvendes engangsudstyr i det omfang det er muligt. Alternativt anvendes personbundet udstyr, som dekontamineres i isolationsstuens skyllerum eller bringes til skyllerum i plastpose med henblik på rengøring og desinfektion i varmedekontaminator. Ved kemisk desinfektion anvendes klorholdigt desinfektionsmiddel (minimum 1000 ppm).
I tilfælde af at der er bestyrket mistanke om COVID, kan re-testning overvejes efter klinisk skøn.

Infektionsmedicinsk eller pædiatrisk afdeling vurdere indikation for indlæggelse eller isolation i eget hjem.

Beslutning om ophør af isolation og tidspunkt for smittefrihed træffes ved infektionsmedicinsk eller pædiatrisk speciallæge.

Hjemmebehandling i isolation
I lyset af den viden der findes på nuværende tidspunkt, vil mange patienter med COVID-19, særligt unge og i forvejen raske, kunne forventes at have lette symptomer uden behov for behandling på hospital. Dette vil forebygge sygehussmitte og friholde sygehuskapacitet til de meste syge patienter.

Observation under isolation for patienter uden behov for sygehusbehandling er muligt både for patienter, der er under udredning for COVID-19, fx mens prøvesvar afventes, eller hos patienter med bekræftet COVID-19. Observation under hjemmeisolation vil basere sig på en individuel vurdering ved infektionsmedicinsk eller pædiatrisk afdeling og forudsætter, at patienten er stabil og ikke har underliggende sygdom, der øger risikoen for komplikationer.

Behandlingsansvaret for patienter, der observeres under hjemmeisolation, forbliver hos den behandlende afdeling, der har vurderet patienten, som samtidig skal sikre at patienten umiddelbart kan kontakte afdelingen med henblik på vurdering og evt. indlæggelse.

En konkret vurdering med henblik på observation i hjemmeisolation skal bl.a. baseres på patientens symptomer og helbred, sociale situation samt evne til at forstå og efterleve givne anvisninger. Der skal desuden tages hensyn til husstandens fysiske forhold, herunder;
Adgang til separat værelse
Adgang til separate toiletfaciliteter m.v., således at det kan sikres, at den smittede ikke har tæt kontakt til øvrige personer i husstanden. Hvis husstanden omfatter personer, der kan være i risiko for kompliceret sygdom med COVID-19, kan dette tale imod hjemmeisolation.

Hvis der i husstanden er et tilfælde af COVID-19 skal der for de øvrige familiemedlemmer gives samtykke om ophold i husstanden.

Anmeldelse
COVID-19 er opført på epidemilovens liste B, og er således omfattet af meldepligt, jf. bekendtgørelse fra Sundheds- og ældreministeriet[5].

Tilfælde af COVID-19, hvor diagnosen er bekræftet ved undersøgelse af prøvemateriale for SARS-CoV-2, skal straks anmeldes telefonisk og skriftligt.

Det følger af nærværende retningslinje, at en person mistænkt for COVID-19 skal henvises til infektionsmedicinsk og pædiatrisk afdeling, hvorfor anmeldepligten påhviler den behandlende læge på en af disse afdelinger.

[5] Bekendtgørelse nr. 157 af 27. februar 2020

Anmeldelse skal foretages selvom tilfældet har en mild form, eller ikke er fuldt udviklet (abortivt).

Den læge, der har behandlingsansvar for patienten, skal straks anmelde tilfældet telefonisk til Styrelsen for Patientsikkerhed, nærmest patientens opholdssted. Uden for arbejdstid sker telefonisk anmeldelse til Styrelsen for Patientsikkerheds beredskabsvagt.

Efterfølgende skal tilfældet anmeldes skriftligt til Styrelsen for Patientsikkerhed og Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse, ved brug af formular 1515.

Håndtering af nære kontakter
Styrelsen for Patientsikkerhed har ansvaret for at sikre opsporing og håndtering af raske nære kontakter til patienter med bekræftet COVID-19 og iværksætter følgende:

- Informerer om COVID-19 og hvilke symptomer man skal være opmærksom på, herunder feber og/eller tegn på luftvejsinfektion, til og med 14. dag efter kontakt.
- Etablerer frivillig karantæne, fx. som hjemmekarantæne
- Etablerer aktiv overvågning med daglig opsøgende kontakt fra sundhedspersonale til og med 14. dag efter sidste kontakt med den syge. Ved aktiv overvågning forstås daglig, opsøgende kontakt fra sundhedsperson eller sundhedsmyndighed med henblik på sikring af, at råd og anvisninger følges, herunder daglige temperaturmålinger m.v.
- Fraråder tæt kontakt med andre mennesker, herunder også evt. husstandsmedlemmer.

Såfremt personen har tæt kontakt med andre personer i husstanden, vil alle i husstanden være omfattet af samme forholdsregler.
Karantænens konkrete form aftales ud fra en individuel vurdering. Med karantæne frarådes udgang fra afgrænset lokalitet såsom eget hjem, afgrænset matrikel, afgrænset boligenhed m.v. Ofte anvendes hjemmekarantæne såfremt de konkrete forhold i og omkring bopælen tillader dette, og det vurderes, at den pågældende person vil være let tilgængelig for aktiv overvågning.

Hvis forholdene i og omkring hjemmet ikke er hensigtsmæssige for hjemmekarantæne, herunder bolig med mange øvrige beboere, sammenhængende boligenheder med fællesfaciliteter som fx kollegieværelser, eller såfremt personen er boligløs eller ikke har bopæl her i landet, kan en af regionens planlagte karantænefaciliteter anvendes.

Den daglige opsøgende kontakt varetages af regionalt sundhedspersonale, med reference til Styrelsen for Patientsikkerhed.
Ved behov for vurdering af et stort antal mulige kontakter, og for håndtering af et større antal udsatte for høj smitterisiko, kan det overvejes om den regionale karantæneplan skal tages i brug med henblik på anvendelse af regional karantænefacilitet.