

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Botulism

Anmälan avser:

- ☐ Kompletterande uppgifter
- ☐ Nytt fall

Typ av patient-ID:

- ☐ Personnummer
- ☐ Samordningsnummer
- ☐ Annat nummer

Patient-ID:

Födelseår:

Ålder:

Kön:

- ☐ Kvinna
- ☐ Man
- ☐ Uppgift saknas

Namn:

Telefonnummer:

Grund för diagnos:

- ☐ Epidemiologiskt samband
- ☐ Klinisk bild
- ☐ Laboratieverifierad
- ☐ Uppgift saknas

Typ av infektion:

- ☐ Födoämnesrelaterad
- ☐ Spädbarnsbotulism
- ☐ Sårbotulism
- ☐ Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- ☐ Smittspårning/kontaktspårning
- ☐ Utredning av sjukdomssymptom
- ☐ Annan orsak
- ☐ Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning:

.....

SÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADRESS - FYLL ENDAST I OM
ADRESSEN SKILJER SIG FRÅN FOLKBOKFÖRINGSADRESSEN

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

Smittort:

RESESPECIFIKA UPPGIFTER

Avresedatum:

Hemkomstdatum:

Hotell där patienten bott under vistelsen:

.....

Researrangör:

Annan relevant information:

.....

.....

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Livsmedel som misstänks ha orsakat smittan (om

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET

Har patienten avlidit?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Avliden datum:

Gravid nu eller fött barn de senaste 6 månaderna?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Övrig information:

.....

.....

ÅTGÄRDER

Har smittspårning påbörjats?:

☐ Ja☐ Nej

Ansvarig smittspårare namn/telefon:

.....

Smittspårning remitterad till:

UPPGIFTER OM ANSVARIG (BEHANDLANDE)**LÄKARE**

Landsting:

Typ av klinik:

Sjukhus/klinik/mm:

Adress:

Postadress (postnr):

Postadress (ort):

Tel. kliniken/mottagningen:

Läkarens namn:

Anmälade läkares tel.anknytning:

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....