

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Coronavirussjukdom (covid-19)

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

Positivt antigen test

Uppgift saknas

Typ av infektion:

Akut sjukdom

Smittbärare utan symtom

Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens

Smittspårning/kontaktspårning

Utredning av sjukdomssymptom

Annat orsak

Uppgift saknas

Annat 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:

Insjuknandeort:

RESESPECIFIKA UPPGIFTER

Avresedatum:

Hemkomstdatum:

Hotell där patienten bott under vistelsen:

Researrangör:

Annat relevant information:

.....

.....

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

Ja

Nej

Uppgift saknas

Smittväg:

Djurkontakt

Personkontakt

Smitta genom yrket

Vårdrelaterad smitta som patient

Vårdrelaterad smitta som personal

Annat yrkesrelaterad smitta

Annat

Uppgift saknas

Annat smittväg:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**Huvudsakligt yrke/sysselsättning:**

- Arbetar inom vård/omsorg
- Personal, daghem/förskola/skola
- Annat
- Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt):**Vaccinerad?:**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Antal doser:**Datum för senaste vaccindos:****Kommentar till vaccination:****Allvarlighetsgrad:**

- Ej sjukhusvårdad
- Vårdas på sjukhus
- Intensivvård
- Respiratorvård
- Ecmobehandling
- Uppgift saknas

Tillhör riskgrupp:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange riskgruppstillhörighet:

- Kronisk hjärtsjukdom
- Kronisk lungsjukdom
- Kronisk njursvikt
- Kronisk leversvikt
- Diabetes
- Immunosupprimerade personer oavsett genes, inklusive HIV
- Gravida
- Annan

Har patienten avlidit?:

- Ja

Nej

Avliden datum:**Övrig information:****ÅTGÄRDER****Givna förhållningsregler:**

Inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet.

Förbud mot att donera blod och organ.

Förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg.

Skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap.

Skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap.

Skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning.

Skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner.

Skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Förhållningsregler ännu ej givna

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**