

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Difteri

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

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:

Insjuknandeort:

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- ☐ Arbetar inom barnomsorg
- ☐ Arbetar inom vård/omsorg
- ☐ Går i förskola
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt):

.....

Vaccinerad?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Antal doser:

Datum för senaste vaccindos:

Sedvanligt vaccinationsprogram:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Kommentar till vaccination:

.....

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

.....