

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Echinokockinfektion

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:

☐ Akut sjukdom☐ Smittbärare utan symptom☐ 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?

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

Smittort:

Insjuknandeort:

RESESPECIFIKA UPPGIFTER

Hemkomstdatum:

Annan relevant information:

.....

.....

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

☐ Ja☐ Nej☐ Uppgift saknas

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Övrig information:

.....

.....

ÅTGÄRDER

Har smittspårning påbörjats?:

☐ Ja☐ Nej

Ansvarig smittspårare namn/telefon:

.....

UPPGIFTER OM ANSVARIG (BEHANDLANDE) LÄKARE

Landsting:

Typ av klinik:

Sjukhus/klinik/mm:

Adress:

Postadress (postnr):

Postadress (ort):

Tel. kliniken/mottagningen:

Läkarens namn:

Anmälande läkares tel.anknytning:

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....