

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Enterohemorragisk E. Coli (EHEC) (infektion med)

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

HUS/Neurologiska symptom:

☐ Ja

☐ Nej

☐ 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

Smittväg:

☐ Bassängvatten/badvatten

☐ Djurkontakt

☐ Dricksvatten

☐ Mat

☐ Opastöriserad mjölk

☐ Personkontakt

☐ Smitta genom yrket

☐ Annat

☐ Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- ☐ Arbetar inom barnomsorg
- ☐ Arbetar inom vård/omsorg
- ☐ Arbetar med djur
- ☐ Arbetar med livsmedel
- ☐ Bor eller arbetar på lantbruk
- ☐ Går i förskola
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt):

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

.....