

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: ESBL-CARBA producerande Enterobacteriaceae (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:****Typ av infektion:**☐ Akut sjukdom☐ Smittbärare utan symtom☐ Uppgift saknas**Anledning till undersökning:**☐ Screeningprogram/Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens☐ 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:****HUR?****Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:**☐ Ja☐ Nej☐ Uppgift saknas**Smittväg:**☐ Familjesmitta/Hushållskontakt☐ Livsmedels-/Vattenburen smitta☐ Sjukhus☐ Vård och/eller omsorg utanför sjukhus☐ Annan samhällssmitta☐ Annat☐ Uppgift saknas**Annan smittväg:**

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**Namn på förskola (om tillämpligt):**

.....

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

.....