

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Gonorré

Anmälan avser:

- ☐ Kompletterande uppgifter
- ☐ Nytt fall

Typ av patient-ID:

- ☐ Rikskod
- ☐ Annat nummer

Patient-ID:

Födelseår:

Ålder:

Kön:

- ☐ Kvinna
- ☐ Man
- ☐ Uppgift saknas

Hemortslandsting:

Grund för diagnos:

- ☐ Epidemiologiskt samband
- ☐ Klinisk bild
- ☐ Laboratieverifierad
- ☐ Uppgift saknas

Laboratorium:

Lab nr:

Typ av infektion:

- ☐ Akut sjukdom
- ☐ Symtomfri smittbärare
- ☐ Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- ☐ Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (sexuellt riskbeteende)
- ☐ Smittspårning/kontaktspårning
- ☐ Utredning av sjukdomssymptom
- ☐ Annan orsak
- ☐ Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning:

.....

.....

NÄR?

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

HUR?

Smittväg:

- ☐ Bisexuell smitta
- ☐ Graviditet/förlossning
- ☐ Heterosexuell smitta
- ☐ Homosexuell smitta
- ☐ Mor-barn-smitta
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

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

Remitterad för uppföljning?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej

☐ Uppgift saknas

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:

Anmälande läkares tel.anknytning:

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....