

Registreringsdatum:**Misstänkt anmälningspliktig sjukdom:** Gula febern**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 symtom
- ☐ 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:****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

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**Vaccinerad?:**

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Antal doser:**Datum för senaste vaccindos:****Har patienten avlidit?:**

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Avliden datum:**Övrig information:**

.....

.....

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

.....