

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Harpest (tularemi)

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 saknasSÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADRESS - FYLL ENDAST I OM
ADRESSEN SKILJER SIG FRÅN FOLKBOKFÖRINGSADRESSEN

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

Smittort:

HUR?

Smittväg:

☐ Djurkontakt☐ Insektsbett/stick☐ Laboratoriesmitta☐ Smitta genom yrket☐ Vatten☐ Annat☐ Uppgift saknas

Annan smittväg:

Typ av boende:

☐ Fast boende☐ Fritidsboende☐ Uppgift saknas**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET**

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

☐ Arbetar inom laboratorieverksamhet☐ Arbetar med djur☐ Bor eller arbetar på lantbruk☐ Annat☐ Uppgift saknas

Övrig information:

**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

.....