

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Hepatit D

Anmälan avser:

- ☐ Kompletterande uppgifter
- ☐ Nytt fall
- ☐ Övertag av behandlingsansvar

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
- ☐ Symtomfri smittbärare/kronisk infektion
- ☐ Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- ☐ Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (i.v. missbruk)
- ☐ Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (immigrant)
- ☐ Screening av blodgivare
- ☐ Screening av gravida
- ☐ 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: .....

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Smittväg:

- ☐ Blod/blodprodukt
- ☐ Graviditet/förlossning
- ☐ Heterosexuell smitta
- ☐ Homosexuell smitta
- ☐ Intravenöst missbruk
- ☐ Personkontakt
- ☐ Smitta genom yrket
- ☐ Tatuering/piercing
- ☐ Vårdrelaterad smitta som patient
- ☐ Vårdrelaterad smitta som personal
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

Annan smittväg: .....

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- ☐ Arbetar inom vård/omsorg
- ☐ Går i förskola
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt): .....

Donerat blod eller annat:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Patientens födelseland: .....

Tidpunkt för ankomst till Sverige, om ej född i

.....

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: .....

Anmälade läkares tel.anknytning: .....

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....