

**OBSERVERA**

**Observera:** Många av fälten är exempel på "andra uppgifter av betydelse för smittskyddet" - för den anmälande läkarens bedömning.

**Registreringsdatum:** .....

**Misstänkt anmälningspliktig sjukdom:** HIV-infektion

**Anmälan avser:**

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

**Typ av patient-ID:**

- ☐ Rikskod
- ☐ Annat nummer

**Patient-ID:** .....

**Födelseår:** .....

**Ålder:** .....

**Kön:**

- ☐ Kvinna
- ☐ Man
- ☐ Uppgift saknas

**Hemortslandsting:** .....

**Laboratorium:** .....

**Lab nr:** .....

**Infcare-ID:** .....

**Typ av infektion:**

- ☐ AIDS
- ☐ HIV bärare
- ☐ HIV och AIDS samtidigt
- ☐ Primärinfektion
- ☐ Uppgift saknas

**Anledning till undersökning:**

- ☐ Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (i.v. missbruk)
- ☐ Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (immigrant)
- ☐ Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (sexuellt riskbeteende)
- ☐ Screening av blodgivare
- ☐ Screening av gravida
- ☐ Smittspårning/kontaktspårning
- ☐ Utredning av sjukdomssymptom
- ☐ Annan orsak

☐ Uppgift saknas

**Annan anledning till undersökning:** .....

.....

.....

**NÄR?**

**Diagnosdatum:** .....

**AIDS diagnosdatum:** .....

**VAR?**

**Sannolikt smittland:** .....

**HUR?**

**Smittväg:**

- ☐ Blod/blodprodukt
- ☐ Graviditet/förlossning
- ☐ Heterosexuell smitta
- ☐ Homosexuell smitta
- ☐ Intravenöst missbruk
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

**Annan smittväg:** .....

.....

.....

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**

**Donerat blod eller annat:**

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

**Har patienten avlidit?:**

- ☐ Ja
- ☐ Nej

**Avliden datum:** .....

**Patientens födelseland:** .....

**Tidpunkt för ankomst till Sverige, om ej född i**

.....

**CD4:** .....

**Senast kända negativa test i Sverige:** .....

.....

**AIDS kriterier:** .....

**Om tidigare HIV-anmäl, ange datum och klinik:** ..

.....

.....

**TB/HIV coinfektion:**

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

.....

**Formuläret matades in av (om annan än**

.....

**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:** .....