

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: HTLV I eller II
(infektion med)

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☐ Symtomfri smittbärare/kronisk infektion☐ Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

☐ Screening: blodgivar/MVC/assisterad befruktning☐ 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:

HUR?

Smittväg:

☐ Blod/blodprodukt☐ Graviditet/förlossning☐ Heterosexuell smitta☐ Homosexuell smitta☐ Intravenöst missbruk☐ Vårdrelaterad smitta som patient☐ Vårdrelaterad smitta som personal☐ Annat☐ Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET

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

.....