

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan Övrig sjukdom

Basuppgifter

Diagnos * Övrig sjukdom

Annan diagnos *

Typ av klinisk anmälan *

- Kompletterande uppgifter
 Nytt fall

Om patienten

Typ av patient-ID *

- Personnummer/Samordningsnummer
 Annat nummer

Personnummer/
Samordningsnummer *

① Personnummer/Samordningsnummer

Samordningsnummer är en identitetsbeteckning för personer som inte är eller har varit folkbokförda i Sverige. Syftet med samordningsnummer är att myndigheter och andra samhällsfunktioner ska kunna identifiera personer även om de inte är folkbokförda i landet. Använd fältet "Annat nummer" om personnummer eller samordningsnummer saknas, till exempel asylsökande.

Annat nummer *

Födelseår *

Juridiskt kön *

- Kvinna
 Man
 Uppgift saknas

Förnamn *

Efternamn *

Gatuadress (annan)

Postnummer (annan)

Ort (annan)

Telefonnummer

Om diagnosen

Grund för diagnos *

- Epidemiologiskt samband
 Klinisk bild
 Laborieverifierad
 Uppgift saknas

Laboratorium

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Anledning till undersökning *

- Smittspårning/kontaktspårning
- Utredning av sjukdomssymtom
- Annan anledning till undersökning
- Uppgift saknas

Om annan anledning till undersökning

När, var och hur

Insjukningsdatum

Diagnosdatum

Sannolikt smittland *

Smittort

Insjuknandeort

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Smittväg

- Djurkontakt
- Födoämne
- Personkontakt
- Smitta genom yrket
- Annan smittväg
- Uppgift saknas

Om annan smittväg *

Övriga uppgifter

Huvudsakligt yrke/sysselsättning

- Arbetar inom vård/omsorg
- Arbetar med djur
- Bor eller arbetar på lantbruk
- Personal, förskola/skola
- Annat
- Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt)

Annat yrke/sysselsättning

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Donerat blod eller annat	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Har patienten kännedom om sin diagnos? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Kommentar gällande patientens kännedom om sin diagnos	_____ _____ _____
Övrig information	_____ _____ _____
Behandlande läkare	
Vårdenhet *	
Ansvarig smittskyddsenhet *	
Smittskyddskontor *	<input type="radio"/> Borås <input type="radio"/> Göteborg <input type="radio"/> Skövde <input type="radio"/> Uddevalla <input type="radio"/> Uppgift saknas
Läkarens namn *	_____ _____ _____
Läkarens telefonnummer	
Anmälares namn	_____ _____ _____
Anmälares telefonnummer	

Datum

Anmälares namnteckning