

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Betahemolyserande grupp-A-streptokocker (GAS) (invasiv infektion)

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

Klinisk manifestation:

- Barnsängsfeber
- Nekrotiserande fasciit
- Toxic shock syndrome (TSS)
- Annan klinisk manifestation
- Uppgift saknas

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

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Har patienten avlidit?:

- Ja
- Nej

Avliden datum:

Gravid nu eller fött barn de senaste 6 månaderna?:

- Ja
- Nej
- 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

.....