

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Cryptosporidium  
(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

Smittbärare utan symtom

Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

Smittspårning/kontaktspårning

Utredning av sjukdomssymptom

Annan orsak

Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning: .....

.....

.....

SÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADDRESS - Fyll endast i om  
adressen skiljer sig från folkbokföringsadressen

Gatuadress (särskild): .....

Postnummer (särskild): .....

Ort (särskild): .....

## NÄR?

Insjukningsdatum: .....

Diagnosdatum: .....

## VAR?

Sannolikt smittland: .....

Smittort: .....

## RESESPECIFIKA UPPGIFTER

Avresedatum: .....

Hemkomstdatum: .....

Hotell där patienten bott under vistelsen: .....

.....

Researrangör: .....

Annan relevant information: .....

.....

.....

## HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

Ja

Nej

Uppgift saknas

Smittväg:

Bassängvatten/badvatten

Djurkontakt

Dricksvatten

Mat

Personkontakt

Smitta genom yrket

Annat

Uppgift saknas

Annan smittväg: .....

.....

.....

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR  
SMITTSKYDDET**

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- Arbetar inom barnomsorg
- Arbetar inom vård/omsorg
- Arbetar med djur
- Arbetar med livsmedel
- Bor eller arbetar på lantbruk
- Går i förskola
- Annat
- Uppgift saknas

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

Övrig information: .....

**ÅTGÄRDER**

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