

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Tuberkulos

År för tidigare anmälan:

Typ av patient-ID:

- Personnummer
- Samordningsnummer
- Annat nummer

Patient-ID:

Födelseår:

Ålder:

Kön:

- Kvinna
- Man
- Uppgift saknas

Namn:

UPPFÖLJNINGENS UPPGIFTER

Datum för den aktuella behandlingens slut:

.....

Total behandlingstid i månader: antal månader: ..

.....

Bedöms patienten botad?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Behandlingstid överstiger 12 månader, ännu ej avslutad:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Varför ännu ej avslutad?:

.....

.....

Har patienten avlidit?:

- Ja
- Nej

Avliden datum:

Dödsorsak:

- Tbc
- Annan orsak
- Okänd orsak

Har patienten flyttat:

 Ja till annat landsting Ja till annat land Nej

Om patienten flyttat, när?:

Om patienten flyttat utomlands, vart?:

.....

Om patienten bytt landsting, vilket?:

.....

Har patienten uteblivit/försvunnit ur sikte?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Tuberkulosdiagnosen ändrad?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Till vilken diagnos?:

**UPPGIFTER OM ANSVARIG (BEHANDLANDE)
LÄKARE**

Smittskyddslandsting vid första anmälan:

.....

Uppgiftlämnarens namn:

Uppgiftlämnarens telefonnr:

Landsting:

Typ av klinik:

Sjukhus/klinik/mm:

Adress:

Postadress (postnr):

Postadress (ort):

Tel. kliniken/mottagningen: