

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan GAS, betahemolyserande grupp-A-streptokocker, invasiv infektion

Basuppgifter

Diagnos * GAS, betahemolyserande grupp-A-streptokocker, invasiv infektion

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

Har patienten avlidit?

- Ja
- Nej

Avliden datum

Om diagnosen

Grund för diagnos *

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratieverifierad
- Uppgift saknas

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk manifestation *	<input type="radio"/> Barnsängsfeber <input type="radio"/> Nekrotiserande fasciit <input type="radio"/> Toxic shock syndrome (TSS) <input type="radio"/> Annan klinisk manifestation <input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan klinisk manifestation	_____ _____ _____
Anledning till undersökning *	<input type="radio"/> Smittspårning/kontaktspårning <input type="radio"/> Stickincident <input type="radio"/> Annan anledning till undersökning <input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan anledning till undersökning	_____ _____ _____
När, var och hur	
Insjukningsdatum *	
Diagnosdatum	
Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Övriga uppgifter	
Gravid nu eller fött barn de senaste 6 månaderna?	<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	_____ _____ _____

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Behandlande läkare

Vårdenhet *

Ansvarig smittskyddsenhet *

Smittskyddskontor *

- Borås
- Göteborg
- Skövde
- Uddevalla
- Uppgift saknas

Läkarens namn *

Läkarens telefonnummer

Anmälares namn

Anmälares telefonnummer

Datum

Anmälares namnteckning