

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan Gula febern

Basuppgifter

Diagnos * Gula febern

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

Typ av infektion *

- Akut sjukdom
- Symtomfri smittbärare

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Anledning till undersökning *	<input type="radio"/> Smittspårning/kontaktspårning <input type="radio"/> Utredning av sjukdomssymtom <input type="radio"/> Annan anledning till undersökning <input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan anledning till undersökning	_____ _____ _____
När, var och hur	
Insjukningsdatum	_____
Diagnosdatum	_____
Sannolikt smittland *	_____
Smittort	_____
Sannolikt smittad på resa?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgiften okänd
Avresedatum	_____
Hemkomstdatum	_____
Hotell/boende	_____
Researrangör	_____
Annan relevant information	_____ _____ _____
Finns kända/misstänkta fall i omgivningen? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Övriga uppgifter	
Vaccinerad? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Antal doser	_____
Datum för senaste vaccindos	_____
Kommentar till vaccination	_____ _____ _____

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Har patienten kännedom om sin diagnos? *

Ja
 Nej
 Uppgift saknas

Kommentar gällande patientens kännedom om sin diagnos

Övrig information

Behandlande läkare

Vårdenhet *

Ansvarig smittskyddsenhet *

Smittskyddskontor *

Borås
 Göteborg
 Skövde
 Uddevalla
 Uppgift saknas

Läkarens namn *

Läkarens telefonnummer

Anmälares namn

Anmälares telefonnummer

Datum

Anmälares namnteckning