

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Haemophilus influenzae (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:

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

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Diagnosdatum:

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET**

Vaccinerad?:

 Ja Nej Uppgift saknas

Antal doser:

Datum för senaste vaccindos:

Sedvanligt vaccinationsprogram:

 Ja Nej Uppgift saknas

Kommentar till vaccination:

.....

.....

Har patienten avlidit?:

 Ja Nej

Avliden datum:

Övrig information:

.....

.....

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

.....