

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Kikhosta

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
- Laboratorieverifierad
- Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- Smittspårning/kontaktspårning
- Utredning av sjukdomssymptom
- Annan orsak
- Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning:

.....

.....

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

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

Smittort:

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET**

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- Arbetar inom barnomsorg
- Arbetar inom vård/omsorg
- Går i förskola
- Annat
- Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt):

.....

Vaccinerad?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Antal doser:

Datum för senaste vaccindos:

Sedvanligt vaccinationsprogram:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Kommentar till vaccination:

.....

.....

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:

Anmälände läkares tel.anknytning:

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....