

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Klamydiainfektion

Anmälan avser:

- Kompletterande uppgifter
- Nytt fall

Typ av patient-ID:

- Rikskod
- Annat nummer

Patient-ID: .....

Födelseår: .....

Ålder: .....

Kön:

- Kvinna
- Man
- Uppgift saknas

Hemortslandsting: .....

Grund för diagnos:

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratorieverifierad
- Uppgift saknas

Laboratorium: .....

Lab nr: .....

Typ av infektion:

- Akut sjukdom
- Symtomfri smittbärare
- Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (sexuellt riskbeteende)
- Smittspårning/kontaktspårning
- Utredning av sjukdomssymptom
- Annan orsak
- Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning: .....

.....

NÄR?

Diagnosdatum: .....

VAR?

Sannolikt smittland: .....

HUR?

Smittväg:

- Bisexuell smitta
- Graviditet/förlossning
- Heterosexuell smitta
- Homosexuell smitta
- Mor-barn-smitta
- Annat
- Uppgift saknas

Annan smittväg: .....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

LGV:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Övrig information: .....

.....

ÅTGÄRDER

Givna förhållningsregler:

- Inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet.
- Förbud mot att donera blod och organ.
- Förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg.
- Skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap.
- Skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap.
- Skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning.
- Skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner.
- Skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Förhållningsregler ännu ej givna

**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:** .....

**Anmälande läkares tel.anknytning:** .....

.....

**Formuläret matades in av (om annan än**

.....