

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Listeriainfektion

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 Laboratieverifierad Uppgift saknasSÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADDRESS - FYLL ENDAST I OM
ADRESSEN SKILJER SIG FRÅN FOLKBOKFÖRINGSADRESSEN

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

Smittort:

Insjuknandeort:

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

 Ja Nej Uppgift saknas

Smittväg:

 Djurkontakt Gravitetet/förlossning Mat Opastöriserad mjölk Annat Uppgift saknas

Annan smittväg:

Livsmedel som misstänks ha orsakat smittan (om

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET**

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

 Arbetar inom barnomsorg Arbetar inom vård/omsorg Arbetar med djur Arbetar med livsmedel Bor eller arbetar på lantbruk Går i förskola Annat Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt):

Har patienten avlidit?:

 Ja Nej

Avliden datum:

Gravid nu eller fött barn de senaste 6 månaderna?:

 Ja Nej Uppgift saknas

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

.....