

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom:

Meningokockinfektion (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:

Grund för diagnos: Epidemiologiskt samband Klinisk bild Laborieverifierad Uppgift saknas**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:

Insjuknandeort:

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:

Kommentar till vaccination:

.....

Har patienten avlidit?:

 Ja Nej

Avliden datum:

Har postexpositionsprofylax påbörjats?:

 Ja Nej Uppgift saknas

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

.....