

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) (infektion med)**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:****Typ av infektion:**

- Akut sjukdom
- Smittbärare utan symptom
- Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- Screeningprogram/Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens
- 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?****Diagnosdatum:****VAR?****Sannolikt smittland:****Smittort:****HUR?****Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Smittväg:

- Djurkontakt
- Familjesmitta/Hushållskontakt
- Sjukhus
- Vård och/eller omsorg utanför sjukhus
- Annan samhällssmitta
- Annat
- Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**Huvudsakligt yrke/sysselsättning:**

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

Namn på förskola (om tillämpligt):

.....

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

Remitterad för uppföljning?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

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:

Anmälade läkares tel.anknytning:

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....