

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Papegojsjuka

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

SÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADDRESS - 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 med djur
- Annat
- 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:

Anmälade läkares tel.anknytning:

Formuläret matades in av (om annan än

.....