

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Paratyfoidfieber

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

Typ av infektion:

 Akut sjukdom Smittbärare utan symtom Symtomfri smittbärare/kronisk infektion Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

 Smittspårning/kontaktspårning Utredning av sjukdomssymptom Annan orsak Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning:

.....

.....

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:

Insjuknandeort:

RESESPECIFIKA UPPGIFTER

Avresedatum:

Hemkomstdatum:

Hotell där patienten bott under vistelsen:

.....

Researrangör:

Annan relevant information:

.....

.....

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

 Ja Nej Uppgift saknas

Smittväg:

 Bassängvatten/badvatten Dricksvatten Mat Personkontakt Smitta genom yrket Annat Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- Arbetar inom barnomsorg
- Arbetar inom vård/omsorg
- Arbetar med livsmedel
- 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