

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Påssjuka

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

Anledning till undersökning:

- 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?

Insjukningsdatum: .....

Diagnosdatum: .....

## VAR?

Sannolikt smittland: .....

Smittort: .....

Insjukandeort: .....

## 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: .....

Sedvanligt vaccinationsprogram:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Kommentar till vaccination: .....

.....

.....

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

.....