

Registreringsdatum: .....

**Misstänkt anmälningspliktig sjukdom:** Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G (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 symtom
- 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: .....

**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:** .....**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.

## Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G (infektion med)

- 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

.....