

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

## Klinisk anmälan Polio

### Basuppgifter

- Diagnos \*** Polio
- Typ av klinisk anmälan \***
- Kompletterande uppgifter
  - Nytt fall

### Om patienten

- Typ av patient-ID \***
- Personnummer/Samordningsnummer
  - Annat nummer

### Personnummer/ Samordningsnummer \*

#### ① Personnummer/Samordningsnummer

Samordningsnummer är en identitetsbeteckning för personer som inte är eller har varit folkbokförda i Sverige. Syftet med samordningsnummer är att myndigheter och andra samhällsfunktioner ska kunna identifiera personer även om de inte är folkbokförda i landet. Använd fältet "Annat nummer" om personnummer eller samordningsnummer saknas, till exempel asylsökande.

### Annat nummer \*

### Födelseår \*

- Juridiskt kön \***
- Kvinna
  - Man
  - Uppgift saknas

### Förnamn \*

### Efternamn \*

### Gatuadress (annan)

### Postnummer (annan)

### Ort (annan)

### Telefonnummer

### Om diagnosen

- Grund för diagnos \***
- Epidemiologiskt samband
  - Klinisk bild
  - Laboratieverifierad
  - Uppgift saknas

- Typ av infektion \***
- Akut sjukdom
  - Symtomfri smittbärare
  - Uppgift saknas

- Anledning till undersökning \***
- Screeningprogram/Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

- Smittspårning/kontaktspårning
- Utredning av sjukdomssymtom
- Annan anledning till undersökning
- Uppgift saknas

Om annan anledning till undersökning

---

---

---

---

## När, var och hur

Insjukningsdatum

Diagnosdatum

Sannolikt smittland \*

Smittort

Insjuknandeort

Sannolikt smittad på resa?

- Ja
- Nej
- Uppgiften okänd

Avresedatum

Hemkomstdatum

Hotell/boende

Researrangör

Annan relevant information

---

---

---

---

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen? \*

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

## Övriga uppgifter

Vaccinerad? \*

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Antal doser

Datum för senaste vaccindos

Har följt rekommenderat vaccinationsprogram

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

<b>Kommentar till vaccination</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Har patienten kännedom om sin diagnos? *</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Kommentar gällande patientens kännedom om sin diagnos</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Övrig information</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Åtgärder</b>	
<b>Är förhållningsregler givna? *</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
<b>Orsak till att förhållningsregler inte är givna *</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Givna förhållningsregler *</b>	<input type="checkbox"/> Förbud mot att donera blod och organ. <input type="checkbox"/> Förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg. <input type="checkbox"/> Inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet. <input type="checkbox"/> Skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare. <input type="checkbox"/> Skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner. <input type="checkbox"/> Skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap. <input type="checkbox"/> Skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap. <input type="checkbox"/> Skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning.
<b>Är patienten remitterad för uppföljning? *</b>	<input type="radio"/> Ja, till annan enhet <input type="radio"/> Ja, till min enhet <input type="radio"/> Nej
<b>Vart är patienten remitterad?</b>	
<b>Har smittspårning påbörjats? *</b>	<input type="radio"/> Ja, på denna enhet <input type="radio"/> Nej, men den ska göras på denna enhet

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Nej, det är inte aktuellt

Den är eller ska överlämnas till annan enhet

**Ansvarig smittspårare (namn/  
telefon)**

**Vilken enhet**

**Varför är smittspårning ej aktuell?**

\*

## Behandlande läkare

**Vårdenhet \***

**Ansvarig smittskyddsenhet \***

**Smittskyddskontor \***

Borås

Göteborg

Skövde

Uddevalla

Uppgift saknas

**Läkarens namn \***

---

---

---

---

**Läkarens telefonnummer**

**Anmälares namn**

---

---

---

---

**Anmälares telefonnummer**

Datum

Anmälares namnteckning