

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Rabies

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/VISTELSEADDRESS - Fyll endast i om adressen skiljer sig från folkbokföringsadressen

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

Smittort:

RESESPECIFIKA UPPGIFTER

Avresedatum:

Hemkomstdatum:

Researrangör:

Annan relevant information:

.....

.....

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Vaccinerad?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Antal doser:

Datum för senaste vaccindos:

Kommentar till vaccination:

.....

.....

Har patienten avlidit?:

- Ja
- Nej

Avliden datum:

Om ej tagit profylax enligt ordination:

.....

.....

Har postexpositionsprofylax påbörjats?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

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