

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Salmonellainfektion

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
- Laborieverifierad
- Uppgift saknas

Typ av infektion:

- Akut sjukdom
- Smittbärare utan symtom
- 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: .....

Hotell där patienten bott under vistelsen: .....

.....

Researrangör: .....

Annan relevant information: .....

.....

.....

**HUR?**

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Smittväg:

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

Annan smittväg: .....

.....

.....

Livsmedel som misstänks ha orsakat smittan (om

.....

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- Arbetar inom barnomsorg
- Arbetar inom vård/omsorg
- Arbetar med djur
- Arbetar med livsmedel
- Bor eller arbetar på lantbruk
- 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

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 .....