

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Shigellainfektion

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 Laboratieverifierad 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/VISTELSEADRESS - FYLL ENDAST I OM  
ADRESSEN SKILJER SIG FRÅN FOLKBOKFÖRINGSADRESSEN

Gatuadress (särskild): .....

Postnummer (särskild): .....

Ort (särskild): .....

**NÄR?**

Insjukningsdatum: .....

Diagnosdatum: .....

**VAR?**

Sannolikt smittland: .....

Smittort: .....

Insjuknandeort: .....

**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 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 livsmedel
- 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

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 .....