

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Syfilis

Anmälan avser:

- Kompletterande uppgifter
- Nytt fall

Typ av patient-ID:

- Rikskod
- Annat nummer

Patient-ID:

Födelseår:

Ålder:

Kön:

- Kvinna
- Man
- Uppgift saknas

Hemortslandsting:

Grund för diagnos:

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratieverifierad
- Uppgift saknas

Laboratorium:

Lab nr:

Typ av infektion:

- Akut sjukdom
- Symtomfri smittbärare
- Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (immigrant)
- Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (sexuellt riskbeteende)
- Screening av blodgivare
- Screening av gravida
- Screening/hälsundersökning av asylsökande
- Smittspårning/kontaktspårning
- Utredning av sjukdomssymptom
- Annan orsak
- Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning:

.....

.....

Anger infektionens stadium:

- Oklar
- Primär
- Sekundär
- Tidig latent (<2 år efter smittotillfället)
- Uppgift saknas

NÄR?

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

HUR?

Smittväg:

- Bisexuell smitta
- Blod/blodprodukt
- Gravitetet/förlossning
- Heterosexuell smitta
- Homosexuell smitta
- Mor-barn-smitta
- Annat
- Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Donerat blod eller annat:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Patientens födelseland:

Tidpunkt för ankomst till Sverige, om ej född i

.....

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

.....