

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Viral meningoencefalit

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

Neurologisk manifestation:

Viral encefalit

Viral meningit

Annan neurologisk manifestation

Uppgift saknas

Annan neurologisk manifestation: .....

Anledning till undersökning:

Utredning av sjukdomssymptom

Annan orsak

Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning: .....

Är diagnosen TBE?:

Ja

Nej

Uppgift saknas

Är diagnosen West Nile?:

Ja

Nej

Uppgift saknas

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: .....

HUR?

Smittväg:

Fästingbett, ej känt

Fästingbett, känt

Insektsbett/stick

Annat

Uppgift saknas

Annan smittväg: .....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Ange identifierat virus: .....

Vaccinerad?:

Ja

Nej

Uppgift saknas

Antal doser: .....

Datum för senaste vaccindos: .....

Övrig information: .....

**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

.....