

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Tuberkulos

Anmälan avser:

- Kompletterande uppgifter
- Nytt fall
- Övertag av behandlingsansvar

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
- Lungröntgen
- PAD
- Laboratieverifierad
- Annat
- Uppgift saknas

Om annan grund:

.....

.....

Typ av infektion:

- Akut sjukdom
- Symtomfri
- Återinsjuknad
- Uppgift saknas

Anledning till undersökning:

- Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (immigrant)
- Screening av gravida
- Screening av personal

Smittspårning/kontaktspårning

Utredning av sjukdomssymptom

Annan orsak

Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning:

.....

.....

Sjukdomslokalisering/organ:

.....

Om annan lokalisering:

.....

.....

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

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

SMITTSAMHETSBEDÖMNING

Vid diagnostillfället:

- Ej smittsam
- Smittsam
- Smittsamhet, ej bedömbart
- Uppgift saknas

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

Datum för aktuell behandlingsstart:

.....

VAR?

Sannolikt smittland:

HUR?

Smittväg:

- Familje-hushållsmedlem
- Kontakt på daghem/skola/institution
- Vårdrelaterad smitta som patient
- Vårdrelaterad smitta som personal
- Annan yrkesrelaterad smitta
- Annat
- Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

Har patienten haft kontakt med tbc-sjuk person:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Kommentar:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- Arbetar inom barnomsorg
- Arbetar inom vård/omsorg
- Arbetar med djur
- Går i förskola
- Personal, daghem/förskola/skola
- Personal, hemtjänst/äldreboende/annan omsorg
- Personal, sjukvård sjukhus
- Personal, sjukvård utanför sjukhus
- Vårdas på sjukhus/institution av annan orsak än tbc
- Annat
- Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt):

.....

Har patienten avlidit?:

- Ja
- Nej

Avliden datum:

Patientens födelseland:

Tidpunkt för ankomst till Sverige, om ej född i

.....

Provtagen för HIV?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Har patienten tidigare behandlats mot tbc?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Tidigare behandling, när?:

Tidigare behandling, i vilket land?:

.....

Patientens mors födelseland (gäller barn och

.....

Patientens fars födelseland (gäller barn och

.....

Gravid nu eller fött barn de senaste 6 månaderna?:

- 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 smittbärskap.
- Skyldighet att informera sexualpartner om smittbärskap.
- 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

.....