

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom:

Vancomycinresistenta enterokocker (VRE) (infektion med)

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:

Typ av infektion: Akut sjukdom Smittbärare utan symtom Uppgift saknas**Anledning till undersökning:** Screeningprogram/Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens 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?

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

HUR?**Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:** Ja Nej Uppgift saknas**Smittväg:** Sjukhus Vård och/eller omsorg utanför sjukhus Annan samhällssmitta Annat Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

.....

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET****Huvudsakligt yrke/sysselsättning:** Arbetar inom vård/omsorg Går i förskola Annat Uppgift saknas**Har patienten avlidit?:** Ja Nej

Avliden datum:

Övrig information:

.....

.....

ÅTGÄRDER**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

.....