

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Vibrioinfektion exkl. kolera

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:

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

Livsmedels-/Vattenburen smitta

Uppgift saknas

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

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:

Anmälande läkares tel.anknytning:

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....