

Anmälan i SmiNet

Startsidan nås via <http://www.sminet.se/> men det finns också en genväg i melior/PMO

1. Välj elektronisk anmälan med login

The screenshot shows the SmiNet website with the following content:

SmiNet
Elektronisk anmälan av smittsamma sjukdomar

FAQ HEM OM SMINET AKTUELLT KALENDARUM LABORATORIER LÖSENDRE UTBILDNING KONTAKT LÄNKAR FELANMÄLAN, FÖRSLAG, MM

SMINET DRIFTSTATUS
SmiNet är upppe i normal drift

På SmiNet gör behandlande läkare en elektronisk anmälan av smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen.

Elektronisk anmälan med login

För elektronisk anmälan behövs ett lösenord som du får av Smittskyddsenheten i ditt landsting. Anmälan går parallellt både till Smittskyddsläkaren och till Folkhälsomyndigheten. Saknar du lösenord och vill skriva ut en anmälan så kan du göra det här:

Anmälan ska postas till Smittskyddsenheten i ditt landsting. [Anmälningsskiss för utskrift](#)

Observera att en anmälan på papper försenar anmälan och innebär extraarbete. Det blir alltid säkrare om informationen matas in så nära källan som möjligt och då är elektronisk anmälan det bästa.

Upplever ni tekniska problem med SmiNet så skicka gärna in en felanmälan här: [Felanmälan, felrapport, mm](#)

ANMÄL ER TILL VÅR MAILLISTA:
Namn eller organisation*

<https://www.sminet.se/>

2. Logga in på startsidan med den enhet där ansvarig läkare är registrerad

The screenshot shows the login page with the following content:

SMINET

Inloggning - SmiNet webanmälan

Län:

Kliniktyp:

Kliniknamn:

Lösenord:

3. Välj diagnos i rullistan: Coronavirussjukdom (covid-19)

The screenshot shows the SmiNet interface with the following content:

SMINET Användare Personalprovtagning covid-19 Hbg

Välj diagnos

Välkommen till SmiNet!

4. Fyll därefter i formuläret med ledning av de stödrutor som finns. Välj föreslagna alternativ där i rullista. * obligatorisk information

- Anmälan avser: **Nytt fall**
- Personnummer

- Namn: **Efternamn, förnamn**
- Grund för diagnos: **Laborieverifierad** för PCR, alternativt **Positivt antigen test**
- Typ av infektion: **Akut sjukdom** alternativt **Smittbärare utan symtom**
- Anledning till undersökning: **Utredning av sjukdomssymtom** alternativt **Smittspårning**

SMINET		Användare	Personalprovtagning covid-19 Hbg	Logga ut
		Diagnos	Coronavirussjukdom (covid-19)	
Välj diagnos				
Basuppgifter				
* Registreringsdatum		2020-04-21		
* Misstänkt anmälningspliktig sjukdom		Coronavirussjukdom (covid-19)		
* Anmälan avser		Nytt fall		
* Typ av patient-ID		Personnummer		
* Patient-ID				
Födelseår				
* Ålder				
* Kön				
* Namn				
Telefonnummer				
* Grund för diagnos				
* Typ av infektion				
* Anledning till undersökning				
Information				
Kontakta din smittskydds enhet om inte de förfylla uppgifterna för din klinik stämmer.				
Dina uppgifter ger viktig epidemiologisk information. Fyll i fälten så noggrant som möjligt. (Fält markerade med * betyder att anmälan inte går att skicka om uppgifter saknas).				
Hjälp				
Rör musen över fält och knappar för hjälp.				

5. När?

- Insjukningsdatum: uppgift från patienten
- Diagnosdatum: **Uppgift saknas**

6. Var?

- **Sannolikt smittland**: uppgift från patienten
- **Smittort**: uppgift från patienten alternativt **Uppgift saknas**
- Insjuknandeort: **uppgift från patient** alternativt **Uppgift saknas**
- Resespecifika uppgifter: enbart vistelse, ingen smittspårning kring resor

När?	
* Insjukningsdatum	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
* Diagnosdatum	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Var?	
* Sannolikt smittland	<input type="text"/>
* Smittort	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
* Insjuknandeort	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Uppgift saknas

7. Hur?

- Finns kända/misstänkta fall i omgivningen? **Ja/Nej/Uppgift saknas**, beroende på vilken uppgift från patienten kan lämna
- **Smittväg** (viktig uppgift för oss på smittskydd, **füll i så gott ni kan**)
 - **Personkontakt** = smitta via sociala kontakter, till exempel i hushållet, andra nära kontakter
 - **Smitta genom yrket** = smitta på arbetsplatsen, smitta mellan medarbetare
 - **Vårdrelaterad smitta som patient**
 - **Vårdrelaterad smitta som personal** = smittad av patient
 - **Annan yrkesrelaterad smitta** = ej aktuellt vid covid-19
 - **Djurkontakt**
 - **Annat** = händelse med flera deltagare i ett slutet sällskap ex. fester, after work



Hur?	
*Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?	<input type="text"/>
*Smittväg	<input type="text"/>
Annan smittväg	
<input type="text"/>	

8. Övriga uppgifter av betydelse för smittskydd

• Huvudsakligt yrke/sysselsättning

- Arbetar inom vård- och omsorg
- Personal daghem/förskola/skola
- Annat

• **Namn på förskola:** Trots rubriken används detta fält till personens arbetsplats/skola. Fyll dock endast i om personen vistats på sin arbetsplats under möjlig inkubationstid och smittsamhetsperiod. Skriv exakt arbetsplats först, därefter ort, till exempel Medicinen 4, SUS Malmö eller Hemtjänst Väster, Ängelholm. **Mycket viktigt för att upptäcka kluster!** Finns två arbetsplatser, separera dem med snedstreck, t. ex. Linnéskolan Samhälle årskurs 2, Hässleholm/Nisses mack, Tyringe. Övrig information om arbetsplatsen fylls i under Övrig information nedan.

• **Vaccinerad?** Fyll i ja, nej eller uppgift saknas. Därefter antal doser och datum för senaste vaccindos. I kommentar till vaccination-rutan kan man fylla i namnet på det givna vaccinet, om det är känt.

• Allvarlighetsgrad: Uppgift saknas (vi har så ofullständiga data att det inte är lönt för er att fylla i den uppgiften)

• **Övrig information:** Används till övriga sammanhang där smitta till och från personen kan ha skett och ska ses som ett komplement till rutan Namn på förskola ovan. Även här är det den kombinerade tidsperioden från inkubationstidens början till smittsamhetsperiodens slut som är aktuell. Händelse med flera deltagare i slutet sällskap ex. fest, förenings- eller motionsverksamhet. Börja med ort, därefter sammanhang och datum om enskild händelse

Övriga uppgifter av betydelse för smittskyddet	
*Huvudsakligt yrke/sysselsättning	<input type="text"/>
Namn på förskola (om tillämpligt)	<input type="text"/>
*Vaccinerad?	<input type="text"/>
Antal doser	<input type="text"/>
Datum för senaste vaccinos	<input type="text"/>
Kommentar till vaccination	<input type="text"/>
*Allvarlighetsgrad	<input type="text"/>
*Tillhör riskgrupp	<input type="text"/>
Om ja, ange riskgruppstillhörighet	<input type="text"/>
Har patienten avlidit?	<input type="text"/>
Avliden datum	<input type="text"/>
Övrig information	<input type="text"/>

9. Åtgärder

- Givna förhållningsregler: gäller fram till smittfrihet
 - Inskränkningar som gäller arbete, skolgång...
 - Skyldighet att informera vårdgivare...
 - Skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner
- Har smittspårning påbörjats: Ja
- Ansvarig smittspårare: Eget namn och telefonnummer

Åtgärder	
*Givna förhållningsregler	<input checked="" type="checkbox"/> Inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet. <input type="checkbox"/> Förbud mot att donera blod och organ. <input type="checkbox"/> Förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg. <input type="checkbox"/> Skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap. <input type="checkbox"/> Skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap. <input type="checkbox"/> Skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning. <input checked="" type="checkbox"/> Skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner. <input type="checkbox"/> Skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare. <input type="checkbox"/> Förhållningsregler ännu ej givna
*Har smittspårning påbörjats?	<input type="text"/>
Ansvarig smittspårare namn/telefon	<input type="text"/>
Smittspårning remitterad till	<input type="text"/>

10. Uppgifter om behandlande läkare

- Fyll ordinerande läkares namn
- Fyll i ditt eget namn
- Skicka!

Uppgifter om ansvarig (behandlande) läkare	
*Landskap	Skåne
*Typ av klinik	Övrig
*Sjukhus/klinik/mm	Personalprovtagning covid-19 Hbg
Adress	
Postadress (postnr)	
Postadress (ort)	
Tel. kliniken/mottagningen	
*Läkarens namn	
Datum för ansvarig läkares godkännande av anmälan	
Anmälande läkares tel.ansvarighet	
Formuläret matades in av (om annan än behandlande läkare)	
<input type="button" value="Skicka"/> <input type="button" value="Avbryt"/>	