

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan Difteri

Basuppgifter

Diagnos * Difteri

Typ av klinisk anmälan *

- Kompletterande uppgifter
- Nytt fall

Om patienten

Typ av patient-ID *

- Personnummer/Samordningsnummer
- Annat nummer

**Personnummer/
Samordningsnummer ***

① **Personnummer/Samordningsnummer**

Samordningsnummer är en identitetsbeteckning för personer som inte är eller har varit folkbokförda i Sverige. Syftet med samordningsnummer är att myndigheter och andra samhällsfunktioner ska kunna identifiera personer även om de inte är folkbokförda i landet. Använd fältet "Annat nummer" om personnummer eller samordningsnummer saknas, till exempel asylsökande.

Annat nummer *

Födelseår *

Juridiskt kön *

- Kvinna
- Man
- Uppgift saknas

Förnamn *

Efternamn *

Gatuadress (annan)

Postnummer (annan)

Ort (annan)

Telefonnummer

Om diagnosen

Grund för diagnos *

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratieverifierad
- Uppgift saknas

Klinisk manifestation

- Luftväg
- Sår

Typ av infektion *

- Akut sjukdom
- Symtomfri smittbärare
- Uppgift saknas

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Anledning till undersökning *

- Smittspårning/kontaktspårning
- Utredning av sjukdomssymtom
- Annan anledning till undersökning
- Uppgift saknas

Om annan anledning till undersökning

När, var och hur

Insjukningsdatum *

Diagnosdatum

Sannolikt smittland *

Smittort

Insjuknandeort

Sannolikt smittad på resa?

- Ja
- Nej
- Uppgiften okänd

Avresedatum

Hemkomstdatum

Hotell/boende

Researrangör

Annan relevant information

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen? *

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Övriga uppgifter

Huvudsakligt yrke/sysselsättning *

- Arbetar inom vård/omsorg
- Går i förskola
- Personal, förskola/skola
- Annat
- Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt)

Annat yrke/sysselsättning

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Vaccinerad? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Antal doser	
Datum för senaste vaccindos	
Har följt rekommenderat vaccinationsprogram	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Kommentar till vaccination	_____ _____ _____
Har patienten kännedom om sin diagnos? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Kommentar gällande patientens kännedom om sin diagnos	_____ _____ _____
Övrig information	_____ _____ _____
Åtgärder	
Är förhållningsregler givna? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Orsak till att förhållningsregler inte är givna *	_____ _____ _____
Givna förhållningsregler *	<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"/> Inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet. <input type="checkbox"/> Skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare. <input type="checkbox"/> Skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner. <input type="checkbox"/> Skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap.

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

- Skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap.
- Skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning.

Har smittspårning påbörjats? *

- Ja, på denna enhet
- Nej, men den ska göras på denna enhet
- Nej, det är inte aktuellt
- Den är eller ska överlämnas till annan enhet

**Ansvarig smittspårare (namn/
telefon)**

Vilken enhet

Varför är smittspårning ej aktuell?

*

Behandlande läkare

Vårdenhet *

Ansvarig smittskyddsenhet *

Smittskyddskontor *

- Borås
- Göteborg
- Skövde
- Uddevalla
- Uppgift saknas

Läkarens namn *

Läkarens telefonnummer

Anmälares namn

Anmälares telefonnummer

Datum

Anmälares namnteckning