

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

## Klinisk anmälan GAS, betahemolyserande grupp-A-streptokocker, invasiv infektion

### Basuppgifter

**Diagnos \*** GAS, betahemolyserande grupp-A-streptokocker, invasiv infektion

**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

**Har patienten avlidit?**

- Ja
- Nej

#### Avliden datum

### Om diagnosen

**Grund för diagnos \***

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratieverifierad
- Uppgift saknas

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

<b>Klinisk manifestation *</b>	<input type="radio"/> Barnsängsfeber <input type="radio"/> Nekrotiserande fasciit <input type="radio"/> Toxic shock syndrome (TSS) <input type="radio"/> Annan klinisk manifestation <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Om annan klinisk manifestation</b>	_____ _____ _____
<b>Anledning till undersökning *</b>	<input type="radio"/> Utredning av sjukdomssymtom <input type="radio"/> Annan anledning till undersökning <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Om annan anledning till undersökning</b>	_____ _____ _____
<b>När, var och hur</b>	
<b>Insjukningsdatum *</b>	
<b>Diagnosdatum</b>	
<b>Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Övriga uppgifter</b>	
<b>Gravid nu eller fött barn de senaste 6 månaderna?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Har patienten kännedom om sin diagnos? *</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Kommentar gällande patientens kännedom om sin diagnos</b>	_____ _____ _____
<b>Övrig information</b>	_____ _____ _____
<b>Behandlande läkare</b>	

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Vårdenhet \*

Ansvarig smittskyddsenhet \*

Smittskyddskontor \*

- Borås
- Göteborg
- Skövde
- Uddevalla
- Uppgift saknas

Läkarens namn \*

---

---

---

---

Läkarens telefonnummer

Anmälares namn

---

---

---

---

Anmälares telefonnummer

Datum

Anmälares namnteckning