

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan HTLV I eller II

Basuppgifter

Diagnos * HTLV I eller II

Typ av klinisk anmälan *

- Kompletterande uppgifter
- Nytt fall
- Övertag av behandlingsansvar

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

Patientens födelseland

**Tidpunkt för ankomst till Sverige,
om ej född i Sverige**

Om diagnosen

Grund för diagnos *

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratieverifierad
- Uppgift saknas

Typ av infektion *

- Akut sjukdom

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

	<input type="radio"/> Symtomfri smittbärare/kronisk infektion <input type="radio"/> Uppgift saknas
Anledning till undersökning *	<input type="radio"/> Screening av blodgivare <input type="radio"/> Screening av gravida <input type="radio"/> Screening inför assisterad befruktning <input type="radio"/> Smittspårning/kontaktspårning <input type="radio"/> Utredning av sjukdomssymtom <input type="radio"/> Annan anledning till undersökning <input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan anledning till undersökning	_____ _____ _____ _____
När, var och hur	
Insjukningsdatum	_____
Diagnosdatum	_____
Sannolikt smittland *	_____
Smittväg *	<input type="radio"/> Blod/blodprodukt <input type="radio"/> Intravenöst missbruk <input type="radio"/> Mor-barn-smitta <input type="radio"/> Sexuell kontakt med motsatt kön <input type="radio"/> Sexuell kontakt med samma kön <input type="radio"/> Vårdrelaterad smitta som patient <input type="radio"/> Vårdrelaterad smitta som personal <input type="radio"/> Annan smittväg <input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan smittväg *	_____ _____ _____ _____
Övriga uppgifter	
Donerat blod eller annat *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
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	_____ _____

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

	<hr/> <hr/>
Övrig information	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Åtgärder	
Är förhållningsregler givna? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Orsak till att förhållningsregler inte är givna *	<hr/> <hr/>
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. <input type="checkbox"/> Skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap. <input type="checkbox"/> Skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning.
Är patienten remitterad för uppföljning? *	<input type="radio"/> Ja, till annan enhet <input type="radio"/> Ja, till min enhet <input type="radio"/> Nej
Vart är patienten remitterad?	
Har smittspårning påbörjats? *	<input type="radio"/> Ja, på denna enhet <input type="radio"/> Nej, men den ska göras på denna enhet <input type="radio"/> Nej, det är inte aktuellt <input type="radio"/> Den är eller ska överlämnas till annan enhet
Ansvarig smittspårare (namn/telefon)	
Vilken enhet	
Varför är smittspårning ej aktuell? *	
Behandlande läkare	

* = 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

Anmälarens namn

Anmälarens telefonnummer

Datum

Anmälarens namnteckning