

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan Paratyfoidfeber

Basuppgifter

Diagnos * Paratyfoidfeber

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

Typ av infektion *

- Akut sjukdom
- Symtomfri smittbärare
- Uppgift saknas

Anledning till undersökning *

- Smittspårning/kontaktspårning
- Utredning av sjukdomssymtom

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

	<input type="radio"/> Annan anledning till undersökning
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan anledning till undersökning	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
När, var och hur	
Insjukningsdatum	
Diagnosdatum	
Sannolikt smittland *	
Smittort	
Sannolikt smittad på resa?	<input type="radio"/> Ja
	<input type="radio"/> Nej
	<input type="radio"/> Uppgiften okänd
Avresedatum	
Hemkomstdatum	
Hotell/boende	
Researrangör	
Annan relevant information	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Finns kända/misstänkta fall i omgivningen? *	<input type="radio"/> Ja
	<input type="radio"/> Nej
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Smittväg *	<input type="radio"/> Bassängvatten/badvatten
	<input type="radio"/> Dricksvatten
	<input type="radio"/> Mat
	<input type="radio"/> Personkontakt
	<input type="radio"/> Smitta genom yrket
	<input type="radio"/> Annan smittväg
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan smittväg *	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Livsmedel som misstänks ha orsakat smittan (om tillämpligt)	

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Övriga uppgifter

- Huvudsakligt yrke/sysselsättning ***
- Arbetar inom vård/omsorg
 - Arbetar med livsmedel
 - Går i förskola
 - Personal, förskola/skola
 - Annat
 - Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt)

Annat yrke/sysselsättning

Har patienten kännedom om sin diagnos? *

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Kommentar gällande patientens kännedom om sin diagnos

Övrig information

Åtgärder

Är förhållningsregler givna? *

- Ja
- Nej

Orsak till att förhållningsregler inte är givna *

Givna förhållningsregler *

- Förbud mot att donera blod och organ.
- Förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg.
- Inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet.
- Skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.
- Skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner.
- 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.

Är patienten remitterad för uppföljning?

- Ja, till annan enhet
- Ja, till min enhet
- Nej

Vart är patienten remitterad?

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

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

.....
Datum

.....
Anmälarens namnteckning