

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

## Klinisk anmälan Viral meningoencefalit (exkl. TBE)

### Basuppgifter

**Diagnos \*** Viral meningoencefalit (exkl. TBE)

**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

#### Ange identifierat virus \*

**Grund för diagnos \***

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratieverifierad
- Uppgift saknas

**Neurologisk manifestation**

- Viral encefalit
- Viral meningit
- Annan neurologisk manifestation
- Uppgift saknas

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

### Om annan neurologisk manifestation

- Är diagnosen West Nile? \*
- Ja
  - Nej
  - Uppgift saknas

### När, var och hur

Insjukningsdatum \*

Diagnosdatum \*

Sannolikt smittland \*

### Övriga uppgifter

- Har patienten kännedom om sin diagnos? \*
- Ja
  - Nej
  - Uppgift saknas

Kommentar gällande patientens kännedom om sin diagnos

---

---

---

---

Övrig information

---

---

---

---

### Behandlande läkare

Vårdenhet \*

Ansvarig smittskydds-enhet \*

- Smittskyddskontor \*
- Borås
  - Göteborg
  - Skövde
  - Uddevalla
  - Uppgift saknas

Läkarens namn \*

---

---

---

---

Läkarens telefonnummer

Anmälarens namn

---

---

---

---

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

.....  
**Anmälares telefonnummer**  
.....

.....  
Datum

.....  
Anmälares namnteckning