

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan Fågelinfluensa (H5N1)

Basuppgifter

Diagnos * Fågelinfluensa (H5N1)

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

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"/> Djurkontakt
	<input type="radio"/> Personkontakt
	<input type="radio"/> Smitta genom yrket
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Övriga uppgifter	
Huvudsakligt yrke/sysselsättning *	<input type="radio"/> Arbetar med djur
	<input type="radio"/> Bor eller arbetar på lantbruk
	<input type="radio"/> Annat
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Annat yrke/sysselsättning	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

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. <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.
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? *	

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Behandlande läkare

Vårdenhet *

Ansvarig smittskyddsenhet *

Smittskyddskontor *

- Borås
- Göteborg
- Skövde
- Uddevalla
- Uppgift saknas

Läkarens namn *

Läkarens telefonnummer

Anmälares namn

Anmälares telefonnummer

Datum

Anmälares namnteckning