

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

## Klinisk anmälan Hepatit B

### Basuppgifter

- Diagnos \*** Hepatit B
- 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

- Har patienten avlidit?**
- Ja
  - Nej

#### Avliden datum

#### Patientens födelseland

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

### Om diagnosen

- Grund för diagnos \***
- Epidemiologiskt samband
  - Klinisk bild

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Laboratorieverifierad

Uppgift saknas

**Infcare-ID**

**Typ av infektion \***

Akut sjukdom

Symtomfri smittbärare/kronisk infektion

Uppgift saknas

**Anledning till undersökning \***

**Om annan anledning till undersökning**

---

---

---

---

## När, var och hur

**Insjukningsdatum**

**Diagnosdatum**

**Sannolikt smittland \***

**Smittort**

**Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?**

Ja

Nej

Uppgift saknas

**Smittväg \***

**Om annan smittväg \***

---

---

---

---

## Övriga uppgifter

**Huvudsakligt yrke/sysselsättning**

Arbetar inom vård/omsorg

Går i förskola

Annat

Uppgift saknas

**Namn på förskola (om tillämpligt)**

**Annat yrke/sysselsättning**

---

---

---

---

**Vaccinerad? \***

Ja

Nej

Uppgift saknas

**Antal doser**

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

<b>Datum för senaste vaccindos</b>	
<b>Kommentar till vaccination</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Donerat blod eller annat *</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
<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>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Övrig information</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Åtgärder</b>	
<b>Är förhållningsregler givna? *</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
<b>Orsak till att förhållningsregler inte är givna *</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Givna förhållningsregler *</b>	<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.

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

☐ 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 smittskydds-enhet \*

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