

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

## Klinisk anmälan Pneumokockinfektion, invasiv infektion

### Basuppgifter

**Diagnos \*** Pneumokockinfektion, invasiv infektion

**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

### När, var och hur

#### Diagnosdatum

### Övriga uppgifter

**Vaccinerad? \***

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

#### Antal doser

#### Datum för senaste vaccindos

#### Kommentar till vaccination

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

	<hr/> <hr/> <hr/>
<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/>
<b>Övrig information</b>	<hr/> <hr/> <hr/>

## Behandlande läkare

<b>Vårdenhet *</b>	
<b>Ansvarig smittskyddsenhet *</b>	
<b>Smittskyddskontor *</b>	<input type="radio"/> Borås <input type="radio"/> Göteborg <input type="radio"/> Skövde <input type="radio"/> Uddevalla <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Läkarens namn *</b>	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>Läkarens telefonnummer</b>	
<b>Anmälarens namn</b>	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>Anmälarens telefonnummer</b>	

Datum

Anmälarens namnteckning