

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan Listeriainfektion

Basuppgifter

Diagnos * Listeriainfektion

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

Laborieverifierad

Uppgift saknas

När, var och hur

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

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	_____ _____ _____
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"/> Mat <input type="radio"/> Mor-barn-smitta <input type="radio"/> Opastöriserad mjölk <input type="radio"/> Annan smittväg <input type="radio"/> Uppgift saknas
Om annan smittväg *	_____ _____ _____
Livsmedel som misstänks ha orsakat smittan (om tillämpligt)	
Övriga uppgifter	
Huvudsakligt yrke/sysselsättning *	<input type="radio"/> Arbetar inom vård/omsorg <input type="radio"/> Arbetar med djur <input type="radio"/> Arbetar med livsmedel <input type="radio"/> Bor eller arbetar på lantbruk <input type="radio"/> Går i förskola <input type="radio"/> Personal, förskola/skola <input type="radio"/> Annat <input type="radio"/> Uppgift saknas

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Namn på förskola (om tillämpligt)	
Annat yrke/sysselsättning	
Gravid nu eller fött barn de senaste 6 månaderna?	
	<input type="radio"/> Ja
	<input type="radio"/> Nej
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
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	
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? *	
Behandlande läkare	
Vårdenhet *	
Ansvarig smittskyddsenhet *	
Smittskyddskontor *	
	<input type="radio"/> Borås
	<input type="radio"/> Göteborg
	<input type="radio"/> Skövde
	<input type="radio"/> Uddevalla
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Läkarens namn *	

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Läkarens telefonnummer	
Anmälares namn	_____

Anmälares telefonnummer	

.....
Datum

.....
Anmälares namnteckning