

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

## Klinisk anmälan Påssjuka

### Basuppgifter

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Diagnos *</b>                | Påssjuka  |
| <b>Typ av klinisk anmälan *</b> | <input type="radio"/> Kompletterande uppgifter<br><input type="radio"/> Nytt fall |

### Om patienten

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Typ av patient-ID *</b> | <input type="radio"/> Personnummer/Samordningsnummer<br><input type="radio"/> 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 \*

- |                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Juridiskt kön *</b> | <input type="radio"/> Kvinna<br><input type="radio"/> Man<br><input type="radio"/> Uppgift saknas |
|------------------------|---|

#### Förnamn \*

#### Efternamn \*

#### Gatuadress (annan)

#### Postnummer (annan)

#### Ort (annan)

#### Telefonnummer

### Om diagnosen

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Grund för diagnos *</b> | <input type="checkbox"/> Epidemiologiskt samband<br><input type="checkbox"/> Klinisk bild<br><input type="checkbox"/> Laboratieverifierad<br><input type="checkbox"/> Uppgift saknas |
|----------------------------|--|

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Anledning till undersökning *</b> | <input type="radio"/> Smittspårning/kontaktspårning<br><input type="radio"/> Utredning av sjukdomssymtom<br><input type="radio"/> Annan anledning till undersökning<br><input type="radio"/> Uppgift saknas |
|--------------------------------------|---|

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Om annan anledning till undersökning

---

---

---

---

## När, var och hur

Insjukningsdatum \*

Diagnosdatum

Sannolikt smittland \*

Smittort

Insjuknandeort

Sannolikt smittad på resa?

- Ja  
 Nej  
 Uppgiften okänd

Avresedatum

Hemkomstdatum

Hotell/boende

Researrangör

Annan relevant information

---

---

---

---

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen? \*

- Ja  
 Nej  
 Uppgift saknas

## Övriga uppgifter

Huvudsakligt yrke/sysselsättning

- Arbetar inom vård/omsorg  
 Går i förskola  
 Personal, förskola/skola  
 Annat  
 Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt)

Annat yrke/sysselsättning

---

---

---

---

Vaccinerad? \*

- Ja  
 Nej  
 Uppgift saknas

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

<b>Antal doser</b>	
<b>Datum för senaste vaccindos</b>	
<b>Har följt rekommenderat vaccinationsprogram</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
<b>Kommentar till vaccination</b>	_____ _____ _____
<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>	_____ _____ _____
<b>Övrig information</b>	_____ _____ _____
<b>Åtgärder</b>	
<b>Har smittspårning påbörjats? *</b>	<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
<b>Ansvarig smittspårare (namn/telefon)</b>	
<b>Vilken enhet</b>	
<b>Varför är smittspårning ej aktuell? *</b>	
<b>Behandlande läkare</b>	
<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

\* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Läkarens namn \*

---

---

---

---

Läkarens telefonnummer

Anmälares namn

---

---

---

---

Anmälares telefonnummer

Datum

Anmälares namnteckning