

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

☐ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Klinisk anmälan TBE-infektion

Basuppgifter

Diagnos * TBE-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

Om diagnosen

Grund för diagnos *

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratieverifierad
- Uppgift saknas

Neurologisk manifestation

- Viral encefalit
- Viral meningit
- Annan neurologisk manifestation
- Uppgift saknas

* = obligatorisk uppgift

○ = Högst en cirkel kan markeras (enval)

□ = Flera rutor kan markeras (flerval)

Om annan neurologisk
manifestation

När, var och hur

Insjukningsdatum *

Diagnosdatum

Sannolikt smittland *

Smittort

Sannolikt smittad på resa?

- Ja
 Nej
 Uppgiften okänd

Avresedatum

Hemkomstdatum

Hotell/boende

Researrangör

Annan relevant information

Smittväg *

- Fästingbett
 Mat
 Opastöriserad mjölk
 Annan smittväg
 Uppgift saknas

Om annan smittväg *

Livsmedel som misstänks ha
orsakat smittan (om tillämpligt)

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)

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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Övrig information	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
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 *	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Läkarens telefonnummer	
Anmälares namn	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Anmälares telefonnummer	

Datum

Anmälares namnteckning