

**Registreringsdatum:** 2021-05-31

**Misstänkt anmälningspliktig sjukdom:** Viral meningoencefalit

**Anmälan avser:**

- Kompletterande uppgifter
- Nytt fall
- Nytt fall

**Typ av patient-ID:**

- Personnummer
- Samordningsnummer
- Annat nummer
- Personnummer

**Patient-ID:** .....

**Födelseår:** .....

**Ålder:** .....

**Kön:**

- Kvinna
- Man
- Uppgift saknas

**Namn:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Grund för diagnos:**

- Epidemiologiskt samband
- Klinisk bild
- Laboratorieverifierad
- Uppgift saknas

**Neurologisk manifestation:**

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

**Annan neurologisk manifestation:** .....

**Anledning till undersökning:**

- Utredning av sjukdomssymptom
- Annan orsak
- Uppgift saknas

**Annan anledning till undersökning:** .....

.....

.....

**Är diagnosen TBE?:**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

**Är diagnosen West Nile?:**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

**SÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADDRESS - Fyll endast i om adressen skiljer sig från folkbokföringsadressen**

**Gatuadress (särskild):** .....

**Postnummer (särskild):** .....

**Ort (särskild):** .....

**NÄR?**

**Insjukningsdatum:** .....

**Diagnosdatum:** .....

**VAR?**

**Sannolikt smittland:** .....

**Smittort:** .....

**HUR?**

**Smittväg:**

- Fästingbett, ej känt
- Fästingbett, känt
- Insektsbett/stick
- Annat
- Uppgift saknas

**Annan smittväg:** .....

.....

.....

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**

**Ange identifierat virus:** .....

.....

.....

**Vaccinerad?:**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

**Antal doser:** .....

**Datum för senaste vaccindos:** .....

**Övrig information:** .....

.....

.....

**UPPGIFTER OM ANSVARIG (BEHANDLANDE)**

**LÄKARE**

Landsting: .....

Typ av klinik: .....

Sjukhus/klinik/mm: .....

Adress: .....

Postadress (postnr): .....

Postadress (ort): .....

Tel. kliniken/mottagningen: .....

Läkarens namn: .....

Anmälände läkares tel.anknytning: .....

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....