

# PARAGRAFANMÄLAN

Anmälan till Smittskyddsläkaren

Enligt smittskyddslagen (2004:168)

Avbruten läkarkontakt

## 1. Patient som ska återkomma till mottagning för

Smittspårningssamtal § 4:4

Behandling, följer inte erbjuden behandling och detta medför smittrisk för andra § 4:7

Ankomststämpel

Ankomststämpel

## 2. Fastställd diagnos/er

Har inte kännedom om sin/a diagnos/er

Klamydia  Gonorré  Syfilis

Datum för diagnos \_\_\_\_\_

## 3. Patientinformation

Namn \_\_\_\_\_ Folkbokförd som  kvinna  man

Adress \_\_\_\_\_

Personnummer/samordningsnummer \_\_\_\_\_

Reservnummer med födelsenummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

## 4. Anmälande smittspårares vidtagna åtgärder

Ringt **1:a** gången den \_\_\_\_\_ Svarar:  ja  nej **2:a** \_\_\_\_\_  ja  nej **3:e** \_\_\_\_\_  ja  nej

Kallelse **1** skickat den \_\_\_\_\_ Kommer i retur:  ja  nej Kallelse **2** den \_\_\_\_\_ Kommer i retur:  ja  nej

Övrig information/överenskommelse med patient **om vad och när:**

Anledning till att anmälan skickas till Smittskydd Stockholm:

Den som av behandlande läkaren tilldelats uppdraget att genomföra smittspårningen ska också anmäla om patienten uteblivit från kallelsen till smittspårning eller om denna inte går att genomföra. Det är enbart läkaren som kan anmäla om patienten inte följer förhållningsregler eller den medicinska behandlingen.

5. Datum \_\_\_\_\_

Namnteckning \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

6. Sjukhus/klinik/mottagning, adress, tjänstetelefon

### **Förklaring till hur blanketten fylls i:**

1. Kryssa i orsak/er till anmälan – se nedan.
2. Kryssa i diagnos/er samt om patienten inte har kännedom om sin/a diagnos/er.
3. Personnummer (pnr) = år/månad/dag, därefter fyra siffror som skatteverket ger oss när vi föds.  
Samordningsnummer innan det blir ett korrekt pnr = år/månad/dag+60, därefter fyra siffror.  
Reservnummer = år, därefter löpnummer där sista siffran visar kvinnligt eller manligt kön.  
Lämna även födelsedata om möjligt = år/månad/dag.
4. Viktig information för oss om vilka åtgärder som är gjorda på mottagningen.
5. Datum, underskrift, namnförtydligande (saknas dessa returneras blanketten för komplettering).
6. Vilken mottagning och tjänstetelefon som anmälaren nås på.