

# PARAGRAFANMÄLAN

Anmälan till Smittskyddsläkaren

Enligt smittskyddslagen (2004:168)

## 1. Partner/kontakt som ska lämna prov

Uppmanad till undersökning men uteblivit § 3:6

Oidentifierad eller inte kontaktad § 3:5

Misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom, samtycker inte till undersökning eller provtagning § 3:1

Ankomststämpel

Ankomststämpel

## 2. Misstänkt diagnos

Klamydia  Gonorré  Syfilis

## 3. Tidpunkt för sannolik smittöverföring (år/månad/dag/årstid)

## 4. Information FRÅN INDEXPATIENT (löpnr/kodnr \_\_\_\_\_) om partner/kontakt

Namn/smeknamn \_\_\_\_\_ Folkbokförd som  kvinna  man

Adress/bostadsort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Födelsedata/ålder \_\_\_\_\_

Övrig information från indexpatient; t ex skola, arbetsplats, är gift, har barn eller syskon, ursprung från annat län i Sverige/annat land, profilnamn på sociala medier etc:

## 5. Funnen information AV ANMÄLANDE SMITTSPÅRARE, födelseuppgifter/personnummerr, adress dit brev skickats, telefonnummer etc, skriv hur du har hittat informationen t ex via Master

### Vidtagna åtgärder:

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

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

Den som av behandlade läkare har tilldelats uppdraget att genomföra smittspårningen ska också anmäla om en partner/kontakt uteblivit från kallelsen till undersökning/provtagning

6. Datum \_\_\_\_\_

Namnteckning \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

## 7. Sjukhus/klinik/mottagning, adress, tjänstetelefon

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

1. Kryssa i orsak till anmälan – se nedan
2. Kryssa i vilken/vilka diagnos/er som gäller.
3. När hade indexpatient och partner/kontakt senast sexuellt umgänge.
4. Löpnr/kodnr = koppling mellan indexpatient och partner/kontakt.  
Här skrivs den information som indexpatient uppger om sin partner/kontakt.
5. Här skrivs information från anmälade smittspårare; hur uppgifter hittats, sökt, gjort.
6. Datum, underskrift, namnförtydligande (saknas detta returneras blanketten för komplettering).
7. Vilken mottagning och tjänstetelefon som anmälaren nås på.