

ANMELDELSE AF SMITSOMME SYGDOMME M.V.

I henhold til anordning nr. 655 af 14. juni 2011 om ikrafttræden for Færøerne af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, som seinast broytt við bekendtgørelse nr. 180 frá 5. mars 2020

Formular 1515

1. NAVN: _____ CPR-NR.: _____

ADRESSE: _____ KOMMUNE: _____

2. ARBEJDSSTED og BESKÆFTIGELSE (for børn, angiv forældrenes): _____ formodet smittet på arbejdssted:
 ja nej

3. SKOLER/BØRNEINSTITUTIONER, som patienten selv har kontakt til: _____

_____ som husstandens øvrige medlemmer har kontakt til:

4. ANDRE INSTITUTIONER, som patienten har kontakt til (dag- og døgninstitutioner, kriminalforsorg m.v.): _____

5. SYGDOMMEN BEGYNDT, dato: _____

For INDLAGTE, indlæggelsesdato: _____ Sygehus og afd.: _____

6. ANMELDELSESPLOIGTIG INFEKTION ELLER SYGDOM (se bagsiden)

Diagnose: _____

Diagnose stillet ved (evt. kryds i begge felter):

Klinik, specificer i rubrik 9

Laboratorieundersøgelse, specificer i rubrik 10

7. Er patienten indvandrer/flygtning?: nej ja, hvorfra: _____

Indrejse år: _____

For personer født på Færøerne angiv da, hvorvidt begge forældre også er født på Færøerne:

ja nej, hvorfra: _____

8. Formodes patienten smittet på Færøerne?: ja nej ved ikke

Relevant udlandsophold, land(e): _____ Hvornår: _____

9. SMITTEFORHOLD: Formodet smittemåde, herunder smitteomstændigheder, smittekilde samt hvorvidt tilfældet er en del af et udbrud. Klinik m.v.: _____

10. AKTUELLE LABORATORIERESULTATER (se bagsiden):

Prøvedato: _____ Laboratorium: _____

Prøvemateriale:

Påvist agens ved mikroskopi

Påvist agens ved dyrkning

Påvist antigen eller nukleinsyre (PCR)

Påvist specifikke antistoffer ved akut/kronisk sygdom

11. Oplysninger om relevant vaccination og anden profylakse (fx immunglobulin eller antibiotika): _____

Stempel (ydernr., navn, adresse) Dato, underskrift

Til eget brug for anmeldende læge/sygehus