

<input type="checkbox"/> Laboratoriets grundanmälan D-08-		<input type="checkbox"/> Komplettering/ Korrigerering		<input type="checkbox"/> Annullering		Kompletterings-, korrigerings- eller annulleringsanmälnings referens*	
Fynd	Mikrobens namn*		Mikrobens registerbeteckning (nomenklaturen i registret över smittsamma sjukdomar)*				
	Mikrobtyp eller -egenskap (t.ex. sero-, fag- eller genotyp, toxinproduktion eller toxigen, biogrupp eller mikrobäkningsmedelsresistens)*						
	Provtagningsdatum* (första datumet för parserum)			Anmälarens providentifieringskod/nummer			
	Påvisningsätt*						
	<input type="checkbox"/> Odling		<input type="checkbox"/> PCR- eller annan NS-påvisning		<input type="checkbox"/> Ag-påvisning		<input type="checkbox"/> Antikroppar
<input type="checkbox"/> Direkt mikroskopi		<input type="checkbox"/> Annat, vad					
Provkvalitet (ett alternativ)*							
<input type="checkbox"/> Blod		<input type="checkbox"/> Serum eller plasma		<input type="checkbox"/> Likvor		<input type="checkbox"/> Avföring	
<input type="checkbox"/> Urin		<input type="checkbox"/> Sputum- eller bronkoskopi-prov (t.ex. BAL)		<input type="checkbox"/> Från genitaleslemhinna			
<input type="checkbox"/> Djupt punktionsprov eller provbit		<input type="checkbox"/> Från huden		<input type="checkbox"/> Från näsborre		<input type="checkbox"/> Från svalg eller nasofarynx (t.ex. sugslim)	
<input type="checkbox"/> Sekret från bihåla		<input type="checkbox"/> Sekret från mellanörat		<input type="checkbox"/> Annat, vad			
Avföringsodling	Utländsresa eller kryssning (symptomen har börjat under resan/kryssningen eller inom 7 dygn efter den) Land/Stad						
Uppgifterna ifylls för salmonella-, shigella- och campylobacterfynd	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 2 Har ej rest		<input type="checkbox"/> Uppgift kunde inte erhållas		
Personuppgifter	Personbeteckning (anmäls för alla fynd)					Kön	
	<input type="checkbox"/> 1 Man		<input type="checkbox"/> 2 Kvinna				
	Namnet meddelas alltid då mikrobfyndet tyder på en allmänfarlig eller anmälningspliktig sjukdom eller om personbeteckningen är bristfällig						
	Efternamn			Förnamn			
Vårdställe	Vårdställets namn		Avdelning eller verksamhetsställe				
	Vårdställets kommun						
Laboratorium som anmäler eller sänder stammen	Laboratoriets namn		Laboratoriets registerbeteckning*				
	Anmälningsdatum		Anmälarens namn				
* Förklaring på blankettens baksida							

(Varje mikrobmynd anmäls med separat blankett)

<input type="checkbox"/> Laboratoriets grundanmälan D-08-	
Fynd	Mikrobens namn* Mikrobens registerbeteckning (nomenklaturen i registret över smittsamma sjukdomar)*
	Mikrobtyp eller -egenskap (t.ex. sero-, fag- eller genotyp, toxinproduktion eller toxigen, biogrupp eller mikrobioläkemedelsresistens)*
	Provtagningsdatum* (första datumet för parserum) Anmälares providentifieringskod/nummer
	Påvisnings sätt* <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> PCR- eller annan NS-påvisning <input type="checkbox"/> Ag-påvisning <input type="checkbox"/> Antikroppar <input type="checkbox"/> Direkt mikroskopi <input type="checkbox"/> Annat, vad
Provkvalitet (ett alternativ)* <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Serum eller plasma <input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Avföring <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Sputum- eller bronkoskopi-prov (t.ex. BAL) <input type="checkbox"/> Från genital-slemhinna <input type="checkbox"/> Djupt punktionsprov eller provbit <input type="checkbox"/> Från huden <input type="checkbox"/> Från näsborre <input type="checkbox"/> Från svalg eller nasofarynx (t.ex. sugslim) <input type="checkbox"/> Sekret från bihåla <input type="checkbox"/> Sekret från mellanörat <input type="checkbox"/> Annat, vad	
Avföringsodling Utländsresa eller kryssning (symptomen har börjat under resan/kryssningen eller inom 7 dygn efter den) Land/Stad Uppgifterna ifylls för salmonella-, shigella- och campylobacterfynd	<input type="checkbox"/> I Ja <input type="checkbox"/> 2 Har ej rest <input type="checkbox"/> Uppgift kunde inte erhållas
Personuppgifter	Personbeteckning (anmäls för alla fynd) Kön <input type="checkbox"/> 1 Man <input type="checkbox"/> 2 Kvinna Namnet meddelas alltid då mikrobfyndet tyder på en allmänfarlig eller anmälningspliktig sjukdom eller om personbeteckningen är bristfällig Förnamn Efternamn
Vårdställe	Vårdställets namn Avdelning eller verksamhetsställe Vårdställets kommun
Laboratorium som anmäler eller sänder stammen	Laboratoriets namn Laboratoriets registerbeteckning* Anmälningsdatum Anmälares namn

Nedre delen av sidan ifylls om de mikrobstammar eller prover som sänds till stamsamlingen vid registret över smittsamma sjukdomar*

Tarmbakterier*	API-kod Vilken API-test
	Övriga resultat (+ eller -) oxidas _____ mannitol _____ H ₂ S _____ Stx _____ ONPG _____ gas _____ citrat _____ laktos _____ ureas _____ motilitet _____ glukos _____ indol _____ hippurat _____
	Agglutinationstestresultat O-agg. _____ H-agg. _____
	Orsak till provtagning salmonellor och resistent mikrober, vid behov andra mikrober <input type="checkbox"/> Symptom (klinisk infektion) <input type="checkbox"/> Uppföljning <input type="checkbox"/> Sällning <input type="checkbox"/> Misstänkt epidemi <input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Mikrobens resistens*	MIC-resultat (mg/l)* Oksasilin _____ Vankomysin _____ Teikoplanin _____ Penisillin _____ Annat, vad _____ Verifieringstest (antigen/NH-test/PCR)* mec-gen _____ van-gen _____ ESBL _____ CPE/CP _____ Annat, vad _____
Tilläggsuppgifter*	
Kontaktuppgifter*	Namn Telefon

Noteringar av Institutet för hälsa och välfärd

Stammens ankomstdatum	Svarsdatum	Svararens namn
-----------------------	------------	----------------

(Varje mikrobmynd anmäls med separat blankett)

<input type="checkbox"/> Laboratoriets grundanmälan D-08-	
Fynd	Mikrobens namn* Mikrobens registerbeteckning (nomenklaturen i registret över smittsamma sjukdomar)*
	Mikrobtyp eller -egenskap (t.ex. sero-, fag- eller genotyp, toxinproduktion eller toxigen, biogrupp eller mikrobiäkemedelsresistens)*
	Provtagningsdatum* (första datumet för parserum) Anmälares providentifikationskod/nummer
	Påvisnings sätt* <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> PCR- eller annan NS-påvisning <input type="checkbox"/> Ag-påvisning <input type="checkbox"/> Antikroppar <input type="checkbox"/> Direkt mikroskopi <input type="checkbox"/> Annat, vad
	Prov kvalitet (ett alternativ)* <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Serum eller plasma <input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Avföring <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Sputum- eller bronkoskopi-prov (t.ex. BAL) <input type="checkbox"/> Från genitaleslemhinna <input type="checkbox"/> Djupt punktionsprov eller provbit <input type="checkbox"/> Från huden <input type="checkbox"/> Från näsborre <input type="checkbox"/> Från svalg eller nasofarynx (t.ex. sugslim) <input type="checkbox"/> Sekret från bihåla <input type="checkbox"/> Sekret från mellanörat <input type="checkbox"/> Annat, vad
Avföringsodling Uppgifterna ifylls för salmonella-, shigella- och campylobacterfynd	Utlandsresa eller kryssning (symptomen har börjat under resan/kryssningen eller inom 7 dygn efter den) Land/Stad <input type="checkbox"/> I Ja <input type="checkbox"/> 2 Har ej rest <input type="checkbox"/> Uppgift kunde 0 inte erhållas
Personuppgifter	Personbeteckning (anmäls för alla fynd) Kön <input type="checkbox"/> 1 Man <input type="checkbox"/> 2 Kvinna
	Namnet meddelas alltid då mikrobfyndet tyder på en allmänfarlig eller anmälningspliktig sjukdom eller om personbeteckningen är bristfällig Förnamn Efternamn
Vårdställe	Vårdställets namn Avdelning eller verksamhetsställe
	Vårdställets kommun
Laboratorium som anmäler eller sänder stammen	Laboratoriets namn Laboratoriets registerbeteckning*
	Anmälningsdatum Anmälares namn

Nedre delen av sidan ifylls om de mikrobstammar eller prover som sänds till stamsamlingen vid registret över smittsamma sjukdomar*

Tarmbakterier*	API-kod Vilken API-test
	Övriga resultat (+ eller -) oxidas _____ mannitol _____ H ₂ S _____ Stx _____ ONPG _____ gas _____ citrat _____ laktos _____ ureas _____ motilitet _____ glukos _____ indol _____ hippurat _____
	Agglutinationstestresultat O-aggl. _____ H-aggl. _____
	Orsak till provtagning salmonellor och resistent mikrober, vid behov andra mikrober <input type="checkbox"/> Symptom (klinisk infektion) <input type="checkbox"/> Uppföljning <input type="checkbox"/> Sällning <input type="checkbox"/> Misstänkt epidemi <input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Mikrobens resistens*	MIC-resultat (mg/l)* Oksasillin _____ Vankomysin _____ Teikoplanin _____ Penisillin _____ Annat, vad _____
	Verifieringstest (antigen/NH-test/PCR)* mec-gen _____ van-gen _____ ESBL _____ CPE/CP _____ Annat, vad _____
Tilläggsuppgifter*	
Kontaktuppgifter*	Namn Telefon

Noteringar av Institutet för hälsa och välfärd

Stammens ankomstdatum	Svarsdatum	Svararens namn
-----------------------	------------	----------------

ANMÄLAN OM SMITTSAM SJUKDOM D

Postning av blanketter för anmälan om smittsam sjukdom och stamsamlingsremisser:

Sida 1 (laboratorieanmälan) sänds till

Institutet för hälsa och välfärd, Smittskyddsenheten, PB 29, 00301 HELSINGFORS

Sida 2 (stamsamlingsremiss) sänds tillsammans med stammen eller provet direkt till behörig expertenhet i enlighet med förteckningen nedan beroende på vilken mikroorganism det är fråga om. Om ni sänder flera arter av mikroorganismer i samma paket, ber vi att ni förpackar varje art separat och klart namnger dem för att säkerställa arbetarskyddet.

- 1) Institutet för hälsa och välfärd (THL), Enheten för bakterieinfektioner, PB 30, 00271 Helsingfors
- 2) Institutet för hälsa och välfärd (THL), Enheten för bakterieinfektioner, PB 57, 20521 Åbo
- 3) THL, Enheten för bakterieinfektioner, Mykobakterielaboratoriet, Kod 5020887, 00006 Svartsand
- 4) Institutet för hälsa och välfärd (THL), Enheten för virusinfektioner, PB 30, 00271 Helsingfors

Bakteriestam som ska sparas i smittskyddsregistrets stamsamling

- Bordetella pertussis (2)
- Campylobacter spp. (hör inte till stamsamlingen, endast epidemistammar) (1)
- Clostridium difficile (hör inte till stamsamlingen) (2)
- Corynebacterium diphtheriae (2)
- Enterokocker; vankomycinresistenta stammar (2)
- Escherichia coli (EHEC) (1)
- Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae med R eller nedsatt känslighet mot karbapenemer (2)
- Haemophilus influenzae (isolerade från blod och likvor) (1)
- Legionella pneumophila (2)
- Listeria monocytogenes (1)
- Mycobacterium tuberculosis (3)
- Neisseria meningitidis (isolerade från blod och likvor) (1)
- Salmonella (1)
- Shigella (1)
- Stafylokocker; vankomycinresistenta stammar (1)
- Staphylococcus aureus, meticillin-/oxacillinresistenta stammar (2)
- Streptococcus agalactiae (stammar som isolerats från blod och likvor) (2)
- Streptococcus pneumoniae (stammar som isolerats från blod och likvor) (1)
- Streptococcus pyogenes (stammar som isolerats från blod och likvor) (2)
- Vibrio cholerae (1)
- Yersinia enterocolitica (hör inte till stamsamlingen) (1)
- Yersinia pseudotuberculosis (hör inte till stamsamlingen) (1)

Virusstam eller prov som ska sparas i smittskyddsregistrets stamsamling

- Enterovirus (inbegriper coxsackie- och echovirus) (fynd i avföring) (4)
- Hepatit A-virus (4)
- HI-virus (4)
- Influenzavirus typ A (baserat på sampling) (4)
- Poliovirus (4)
- Rotavirus (4)
- Pässjukevirus (4)
- Mässlingvirus (4)
- Rubellavirus (4)

Parasiter: vid malariefall sänds utstryk och tjock droppe till HUSLAB/Klinisk mikrobiologi, provmottagning, parasitologiska enheten, Haartmansgatan 3 B, 00290 Helsingfors. Telefonnummer (09) 4717 5992 eller (09) 1912 6297.

Sida 3 blir kvar hos anmälaren och den som sänder stammen eller provet.

Referens vid kompletterande anmälan, korrigeringsanmälan eller avanmälan:

I anmälan anges referensen för den grundanmälan som gjorts i samma fall.

FYND

Mikrobens namn och kod: Aktuell nomenklatur för mikrober finns på adressen <http://tartuntatautirekisteri.fi/mikrobiluettelo>

Mikrobens typ eller egenskap eller resistens: Fyndets eller provets egenskap (t.ex. sero-, fag- eller genotyp, toxinproduktion eller toxigen, biogrupp eller antimikrobiell resistens) antecknas utgående från den aktuella nomenklaturen för mikrober.

Provtagningsdatum:

En separat anmälan görs för varje diagnostiskt fynd. Om samma diagnostiska fynd konstateras flera gånger i samma provkvalitet, görs endast en anmälan. I anmälan antecknas datum för det första provet (för parade serumprov det första provtagningsdatumet).

Påvisande av mikroben: Odling är det påvisningssätt som anges i första hand, oavsett om samma mikroben påvisats också på annat sätt (t.ex. PCR-påvisning).

Provkvalitet: Fynd som gjorts i en och samma provkvalitet anmäls genom endast en anmälan. Om motsvarande fynd konstateras också i en annan provkvalitet, görs en separat anmälan. (t.ex. för fynd som görs i både blod och likvor görs två anmälningar)

LABORATORIUM SOM GÖR ANMÄLAN ELLER SÄNDER STAMMEN

Laboratoriets kod: Det anmälande laboratoriets kod i laborieförteckningen för registret över smittsamma sjukdomar vid Institutet för hälsa och välfärd.

TARMBAKTERIER: Ifylls i tillämpliga delar. Också identifiering av andra bakteriearter; såsom listeria, kan anmälas här.

ORSAK TILL PROVTAGNINGEN (salmonella och resistent mikrober):

Uppgifter om att provet har tagits vid symptom (klinisk infektion) eller för uppföljning, screening eller epidemiutredning hjälper vid typning och epidemiutredning. Också orsakerna till provtagning av andra bakteriearter kan anmälas här.

MIKROBENS RESISTENS: MIC-resultatet (mg/l) anges för varje testad antimikrobiell läkemedel. Resultatet av verifieringstest (positivt) anges vid testet i fråga (mec, van, annat). I punkterna ESBL och CPE/CP anges om stammen har eller misstänks ha egenskapen i fråga. I punkten annat antecknas läkemedlets eller genens namn.

TILLÄGGSUPPGIFTER: I denna punkt kan sådana tilläggsuppgifter antecknas som behövs för tolkningen av fyndet eller för fortsatta undersökningar (frågeställningar; sjukdomens svårighetsgrad, misstanke om epidemi, avvikande resultat i laborietest).

KONTAKTUPPGIFTER: Laboriets telefonnummer och namnet på den kontaktperson som vid behov kan kontaktas per telefon.

FÖRFRÅGNINGAR:

Information om anmälan av smittsamma sjukdomar fås av sjukvårdsdistriktet eller Institutet för hälsa och välfärd, tfn 029 524 6000 (växel) eller 029 524 8484 (registret över smittsamma sjukdomar)

Information om sändning av stammar och prov fås av behörig enhet vid Institutet för hälsa och välfärd, tfn 029 524 6000 (växel).

ANDRA ANVISNINGAR

Blanketter för anmälan om smittsamma sjukdomar kan beställas hos:

Edita Prima Oy
Tuotehallinta
PB 510, 00043 EDITA
Telefon 020 450 011, fax 020 450 26 95
E-post: asiakaspalvelu.prima@edita.fi
Blanketterna är gratis.