

ANMÄLAN OM SMITTSAM SJUKDOM A Läkaranmälan

Med blanketten anmäls en sjukdom/patient

Kompletterings-, korrigerings- eller annulleringsanmälan
referens*

Anmälnings referens		<input type="checkbox"/> Grundanmälan		<input type="checkbox"/> Komplettering/ Korrigering		<input type="checkbox"/> Annullering	
A-08-							
Personuppgifter (Anmäls alltid)	Personbeteckning*	Efternamn*		Förnamn*			
	Kön	Boningsort*		Födelseland*			
	<input type="checkbox"/> 1 Man <input type="checkbox"/> 2 Kvinna						
Sjukdom Ange smittsam sjukdom som konstaterats (X)	<input type="checkbox"/> Botulism			<input type="checkbox"/> Mässling			
	<input type="checkbox"/> Difteri			<input type="checkbox"/> Paratyfus A, B, C (Salmonella Paratyphi)			
	<input type="checkbox"/> EHEC-infektion			<input type="checkbox"/> Pest			
	<input type="checkbox"/> Echinokockos			<input type="checkbox"/> Polio			
	<input type="checkbox"/> Gula febern			<input type="checkbox"/> Påssjuka			
	<input type="checkbox"/> Gonorré			<input type="checkbox"/> Rabies			
	<input type="checkbox"/> Hepatit A			<input type="checkbox"/> Rabiesmisstanke			
	<input type="checkbox"/> Hepatit B			<input type="checkbox"/> Röda hund			
	<input type="checkbox"/> Hepatit C			<input type="checkbox"/> SARS			
	<input type="checkbox"/> HIV-infektion anmäls med blanketten Anmälan om smittsam sjukdom B			<input type="checkbox"/> Schanker (Ulcus molle el. LGV)*			
	<input type="checkbox"/> Influensa A/H5N1			<input type="checkbox"/> Shigellarödsot			
	<input type="checkbox"/> Kolera			<input type="checkbox"/> Smittkoppor			
	<input type="checkbox"/> Legionellos			<input type="checkbox"/> Syfilis			
	<input type="checkbox"/> Listerios			<input type="checkbox"/> Tuberkulos			
	<input type="checkbox"/> Malaria			<input type="checkbox"/> Tyfus (Salmonella Typhi)			
	<input type="checkbox"/> Meningokock infektion (sepsis och hjärnhinneinflammationer)			<input type="checkbox"/> Virusorsakade hemorragiska febrar utom sorkfeber			
	<input type="checkbox"/> Mjältbrand						
	Diagnoskod	Fyll i ICD10-kod					
Uppgifter om diagnos och smitta	Verifieringsmetoder för diagnosen						
	<input type="checkbox"/> 1 Klinisk misstanke	<input type="checkbox"/> 2 Mikrobiologisk (även serologi)	<input type="checkbox"/> 3 Histologisk	<input type="checkbox"/> 9 Annan, vilken			
	Provtagningsdatum*		Symptom		Symptomens begynnelse datum		
			<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej			
Smittland (-länder)							
Smittort*							
Smittan överförd via							
<input type="checkbox"/> 1 Sex	Sex med	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Båda	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift		
<input type="checkbox"/> 2 Användning av sprutdroger	<input type="checkbox"/> 3 Perinatalt	<input type="checkbox"/> 4 Blodprodukter	<input type="checkbox"/> 5 Näring eller vatten				
<input type="checkbox"/> 9 Annat, vad			<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift				
Tilläggsuppgifter							
Tilläggsuppgifter om hepatit B och C	Kliniskt tillstånd för Hepatit B			Hepatit C diagnostik			
	<input type="checkbox"/> 1 Akut	<input type="checkbox"/> 2 Kroniskt	<input type="checkbox"/> 0 Osäkert	S -HCV-Ab (Antikroppar)			
	Hepatit B diagnostik			<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd	
	S -HBC-AbM (IgM-antikroppar mot core-antigen)			S-PCR- eller annan NS-påvisning			
	<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd	<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd	
	S -HBs-Ag			Uppskattad smittidpunkt för hepatit C			
<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd					
S-PCR-eller annan NS-påvisning							
<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd					
Tilläggsuppgifter om tuberkulos	Nuvarande sjukdom		<input type="checkbox"/> 1 Lungtb	<input type="checkbox"/> 2 tb, annat organ			
	Tb-färgning av sputumprov		Full tb-behandling ges				
	<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 3 Sänds annanstans för behandling	
	Tidigare genomliden tuberkulos		Har tuberkulos konstaterats efter år 1950?		Vilket år?		
	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift				
Fick patienten tb-behandling \geq 1 mån.*		Getts full behandling*					
<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift		
Anmälande läkare	Verksamhetsställe/Avdelning			Verksamhetsställets telefon			
	Verksamhetsställets adress			Verksamhetsställets kommun			
	Datum	Underskrift		Namnförtydligande, sf-nr/stämpel			

Endast för bruk i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar

Produkt nr: 70100001R Edita Prima Ab 10.2012

THL I001/25

*) Förklaring på blankettens baksida

ANMÄLAN OM SMITTSAM SJUKDOM A Läkaranmälan

Med blanketten anmäls en sjukdom/patient

Kompletterings-, korrigerings- eller annulleringsanmälan
referens*

Anmälnings referens		<input type="checkbox"/> Grundanmälan		<input type="checkbox"/> Komplettering/ Korrigering		<input type="checkbox"/> Annullering		
A-08-								
Personuppgifter (Anmäls alltid)	Personbeteckning*	Efternamn*		Förnamn*				
	Kön <input type="checkbox"/> 1 Man <input type="checkbox"/> 2 Kvinna	Boningsort*		Födelseland*				
Sjukdom Ange smittsam sjukdom som konstaterats (X)	<input type="checkbox"/> Botulism			Mässling				
	<input type="checkbox"/> Difteri			Paratyfus A, B, C (Salmonella Paratyphi)				
	<input type="checkbox"/> EHEC-infektion			Pest				
	<input type="checkbox"/> Echinokockos			Polio				
	<input type="checkbox"/> Gula febern			Påssjuka				
	<input type="checkbox"/> Gonorré			Rabies				
	<input type="checkbox"/> Hepatit A			Rabiesmisstanke				
	<input type="checkbox"/> Hepatit B			Röda hund				
	<input type="checkbox"/> Hepatit C			SARS				
	<input type="checkbox"/> HIV-infektion anmäls med blanketten Anmälan om smittsam sjukdom B			Schanker (Ulcus molle el. LGV)*				
	<input type="checkbox"/> Influensa A/H5N1			Shigellarödsot				
	<input type="checkbox"/> Kolera			Smittkoppor				
	<input type="checkbox"/> Legionellos			Syfilis				
	<input type="checkbox"/> Listerios			Tuberkulos				
	<input type="checkbox"/> Malaria			Tyfus (Salmonella Typhi)				
	<input type="checkbox"/> Meningokock infektion (sepsis och hjärnhinneinflammationer)			Virusorsakade hemorragiska febrar utom sorkfeber				
	<input type="checkbox"/> Mjältbrand							
Diagnoskod	Fyll i ICD10-kod							
Uppgifter om diagnos och smitta	Verifieringsmetoder för diagnosen							
	<input type="checkbox"/> 1 Klinisk misstanke	<input type="checkbox"/> 2 Mikrobiologisk (även serologi)	<input type="checkbox"/> 3 Histologisk	<input type="checkbox"/> 9 Annan, vilken				
	Provtagningsdatum*	Symptom		Symptomens begynnelse datum				
		<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej					
	Smittland (-länder)		Smittort*					
	Smittan överförd via							
<input type="checkbox"/> 1 Sex	Sex med	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Båda	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift			
<input type="checkbox"/> 2 Användning av sprutdroger	<input type="checkbox"/> 3 Perinatalet	<input type="checkbox"/> 4 Blodprodukter	<input type="checkbox"/> 5 Näring eller vatten					
<input type="checkbox"/> 9 Annat, vad	<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift							
Tilläggsuppgifter								
Tilläggsuppgifter om hepatit B och C	Kliniskt tillstånd för Hepatit B			Hepatit C diagnostik				
	<input type="checkbox"/> 1 Akut	<input type="checkbox"/> 2 Kroniskt	<input type="checkbox"/> 0 Osäkert	S -HCV-Ab (Antikroppar)				
	Hepatit B diagnostik			<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd		
	S -HBC-AbM (IgM-antikroppar mot core-antigen)			S-PCR- eller annan NS-påvisning				
	<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd	<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd		
	S -HBs-Ag			Uppskattad smittidpunkt för hepatit C				
<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd						
S-PCR-eller annan NS-påvisning								
<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd						
Tilläggsuppgifter om tuberkulos	Nuvarande sjukdom		<input type="checkbox"/> 1 Lungtb	<input type="checkbox"/> 2 tb, annat organ				
	Tb-färgning av sputumprov		Full tb-behandling ges					
	<input type="checkbox"/> 1 Positiv	<input type="checkbox"/> 2 Negativ	<input type="checkbox"/> 0 Ej utförd	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 3 Sänds annanstans för behandling		
	Tidigare genomliden tuberkulos		Har tuberkulos konstaterats efter år 1950? Vilket år?					
	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift					
	Fick patienten tb-behandling ≥ 1 mån.*		Getts full behandling*					
<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 0 Ingen uppgift			
Anmälande läkare	Verksamhetsställe/Avdelning		Verksamhetsställets telefon					
	Verksamhetsställets adress		Verksamhetsställets kommun					
	Datum	Underskrift		Namnförtydligande, sf-nr/stämpel				

Endast för bruk i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar

Produkt nr: 70100001R Edita Prima Ab 10.2012

THL I001/25

*) Förklaring på blankettens baksida

ANVISNINGAR FÖR IFYLLANDE AV BLANKETTEN

Läkaranmälan om smittsam sjukdom skall basera sig på mikrobiologiskt påvisad smitta.

I följande fall skall läkaranmälan på basen av klinisk diagnos utan mikrobiologisk verifikation ändå göras:

- (1) Alla de tuberkulosfall där komplett tuberkulosbehandling ges,
- (2) Alla de misstänkta fall av rabiesexponering, där rabiesvaccin ges.
- (3) Botulism.

ANMÄLANS REFERENS

Kompletterings-, korrigerings- eller annulleringsanmälan referens:

I anmälan anges referensen till en tidigare gjord grundanmälan om samma fall som referens.

PERSONUPPGIFTER

Personbeteckning: Anmäls alltid. Om personbeteckning inte är tillgänglig (t.ex. utläningar och nyfödda) anmäls patientens födelsetid.

Efter- och förnamn: Anmäls alltid.

Boningsort: Den kommun där personen är bosatt största delen av tiden.

Födelseland: Känt födelseland anges. I fall födelseland är känt, anges "utomlands".

SJUKDOM

Schanker LGV = lymfograduloma venereum.

UPPGIFTER OM DIAGNOS OCH SMITTA

Provtagningsdatum: Provtagningsdatumet för det första provet anges i anmälan (för parserumprover det första provets datum).

Smittort: I Finland kommunens namn. Utomlands t.ex. resmål.

TILLÄGGSUPPGIFTER OMTUBERKULOS

Tidigare genomliden tuberkulos: Preventiv behandling räknas inte som tb-behandling.

Full behandling omfattar minst 12 mån. under åren 1950–1969 och fr.om. år 1970 minst 6 mån.

Informationen utnyttjas för analys av mikrobstammarnas resistens.

ÖVRIGA ANVISNINGAR

Kontakt per telefon till ansvariga läkaren för smittsamma sjukdomar inom sjukvårdsdistriktet samt till Institutet för hälsa och välfärd, tfn 029 524 8557 rekommenderas i följande fall, även vid misstankar: botulism, difteri, gula febern, blödarfeber, influensa A/H5N1, mjältbrand, polio, pest, rabies, SARS, smittkoppor.

Kontakt rekommenderas också för de andra sjukdomarna, om man misstänker en epidemi eller bekämpningsåtgärderna är oklara.

Postning av anmälningsblanketten för smittsamma sjukdomar:

Del 1 sänds till Institutet för hälsa och välfärd Smittskyddsenheten, PB 29, 00301 HELSINGFORS.

Anmälan sänds i ett tillslutet kuvert med anteckningen "Anmälan om smittsam sjukdom".

Del 2 stannar kvar och bifogas patientens handlingar.

Beställningsadress för anmälningsblanketter för smittsamma sjukdomar:

Edita Prima Ab

Produktadministration

PB 510, 00043 EDITA,

Telefon 020 450 011, fax 020 450 2695

E-post: asiakaspalvelu.prima@edita.fi

Blanketterna är avgiftsfria.

TILLÄGGSUPPGIFTER

Om anmälningen av smittsamma sjukdomar fås från sjukvårdsdistriktet eller THLs Smittskyddsenheten, telefon 029 524 8484 (registret över smittsamma sjukdomar).