



MSIS-melding

Nominativ melding om smittsom sykdom

Side 1: Sendes MSIS, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo

Side 2: Sendes kommunelegen der pasienten bor

Side 3: Sendes evt. bydelsoverlege

Side 4: Arkiveres i pasientens journal

NB! Meldinger om tuberkulose sendes på egne skjemaer, www.fhi.no

Personopplysninger Etternavn <input type="text"/> Fornavn <input type="text"/> Personnummer <input type="text"/> Eventuelt D-nummer <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Pasientens fastlege <input type="text"/> Bokommune/bydel <input type="text"/> Fødeland <input type="text"/> Mors fødeland <input type="text"/> Fars fødeland <input type="text"/> For utenlandsfødte Botid i Norge: <input type="text"/> Årsak til opphold i Norge: <input type="text"/> Hvis relevant Yrke, evt. navn på barnehage, helseinstitusjon eller skole: <input type="text"/>	Antatt smitemåte <input type="checkbox"/> Luft/dråpesmitte <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Stikkskade/ annen blodkont. <input type="checkbox"/> Matbåren <input type="checkbox"/> Sprøyter/ brukerutstyr <input type="checkbox"/> Mor til barn <input type="checkbox"/> Vannbåren <input type="checkbox"/> Dyr <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Fekal-oral <input type="checkbox"/> Insekt <input type="checkbox"/> Blod/blodprod. Evt. beskrivelse av smittesituasjon <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/>
Meldingspliktig sykdom <input type="text"/> Bæretilstand? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Innlagt helseinstitusjon? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Hvis ja: <input type="checkbox"/> Sykehus <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Annet Navn på helseinstitusjon: <input type="text"/> Innsykningsdato <input type="text"/> Prøvetakingsdato <input type="text"/> Antatt smittetidspunkt <input type="text"/> Laboratorium <input type="text"/> Indikasjon for laboratorieundersøkelse <input type="checkbox"/> Symptomer/tegn <input type="checkbox"/> Rutine <input type="checkbox"/> Smitteoppsporing Annet: <input type="text"/> Sykdomsbilde <input type="text"/> Klinisk sepsis? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Utfall av sykdom <input type="checkbox"/> Frisk <input type="checkbox"/> Fortsatt syk <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Død <input type="text"/> Evt. dødsdato Evt. følgetilstand <input type="text"/>	Antatt smittested <input type="checkbox"/> Norge Kommune <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Utlandet Land <input type="text"/> Dato for hjemkomst <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ukjent Ved smitte i utlandet, årsak til utenlandsopphold <input type="checkbox"/> Smittet før innvandring til Norge <input type="checkbox"/> Arbeid/studie/langtidsopph. <input type="checkbox"/> Turistreise <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Forretningsreise <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Besøk i eget eller foreldres tidl. hjemland Hvis aktuelt: Smittet i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Var pasienten vaksinert mot sykdommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke relevant Brukte pasienten malariaprofylakse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Evt. hvilke medikamenter <input type="text"/>
	Har pasienten fått personlig smittevernveiledning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Hvilke smitteverntiltak er igangsatt? <input type="text"/> Utfyllende opplysninger <input type="text"/>
	Melders navn, adresse og telefonnummer <input type="text"/> Dato: <input type="text"/>



MSIS-melding

Nominativ melding om smittsom sykdom

Side 1: Sendes MSIS, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo

Side 2: Sendes kommunelegen der pasienten bor

Side 3: Sendes evt. bydelsoverlege

Side 4: Arkiveres i pasientens journal

NB! Meldinger om tuberkulose sendes på egne skjemaer, www.fhi.no

<p>Personopplysninger</p> <p>Etternavn <input type="text"/></p> <p>Fornavn <input type="text"/></p> <p>Personnummer <input type="text"/> Eventuelt D-nummer <input type="text"/></p> <p>Adresse <input type="text"/></p> <p>Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Pasientens fastlege <input type="text"/></p> <p>Bokommune/bydel <input type="text"/> Fødeland <input type="text"/></p> <p>Mors fødeland <input type="text"/> Fars fødeland <input type="text"/></p> <p>For utenlandsfødte</p> <p>Botid i Norge: <input type="text"/></p> <p>Årsak til opphold i Norge: <input type="text"/></p> <p>Hvis relevant</p> <p>Yrke, evt. navn på barnehage, helseinstitusjon eller skole: <input type="text"/></p>	<p>Antatt smitemåte</p> <p><input type="checkbox"/> Luft/dråpesmitte <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Stikkskade/ annen blodkont. <input type="checkbox"/> Matbåren <input type="checkbox"/> Sprøyter/ brukerutstyr <input type="checkbox"/> Mor til barn <input type="checkbox"/> Vannbåren <input type="checkbox"/> Dyr <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Fekal-oral <input type="checkbox"/> Insekt <input type="checkbox"/> Blod/blodprod. Evt. beskrivelse av smittesituasjon <input type="checkbox"/> Annet</p> <p><input type="text"/></p>
<p>Meldingspliktig sykdom</p> <p><input type="text"/></p> <p>Bæretilstand? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/></p> <p>Innlagt helseinstitusjon? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja: <input type="checkbox"/> Sykehus <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Annet</p> <p>Navn på helseinstitusjon: <input type="text"/></p> <p>Innsykningsdato <input type="text"/> Prøvetakingsdato <input type="text"/></p> <p>Antatt smittetidspunkt <input type="text"/> Laboratorium <input type="text"/></p> <p>Indikasjon for laboratorieundersøkelse <input type="checkbox"/> Symptomer/tegn <input type="checkbox"/> Rutine <input type="checkbox"/> Smitteoppsporing Annet: <input type="text"/></p> <p>Sykdomsbilde <input type="text"/></p> <p>Klinisk sepsis? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Utfall av sykdom <input type="checkbox"/> Frisk <input type="checkbox"/> Fortsatt syk <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Død <input type="text"/> Evt. dødsdato <input type="text"/></p> <p>Evt. følgetilstand <input type="text"/></p>	<p>Antatt smittested</p> <p><input type="checkbox"/> Norge Kommune <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Utlandet Land <input type="text"/> Dato for hjemkomst <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Ved smitte i utlandet, årsak til utenlandsopphold <input type="checkbox"/> Smittet før innvandring til Norge <input type="checkbox"/> Arbeid/studie/langtidsopph. <input type="checkbox"/> Turistreise <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Forretningsreise <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Besøk i eget eller foreldres tidl. hjemland</p> <p>Hvis aktuelt:</p> <p>Smittet i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Var pasienten vaksinert mot sykdommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke relevant</p> <p>Brukte pasienten malariaprofylakse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Evt. hvilke medikamenter <input type="text"/></p>
<p>Har pasienten fått personlig smittevernveiledning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Hvilke smitteverntiltak er igangsatt? <input type="text"/></p> <p>Utfyllende opplysninger <input type="text"/></p>	<p>Melders navn, adresse og telefonnummer <input type="text"/></p> <p>Dato: <input type="text"/></p>

MSIS-melding

Nominativ melding om smittsom sykdom

Side 1: Sendes MSIS, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo

Side 2: Sendes kommunelegen der pasienten bor

Side 3: Sendes evt. bydelsoverlege

Side 4: Arkiveres i pasientens journal

NB! Meldinger om tuberkulose sendes på egne skjemaer, www.fhi.no

Personopplysninger Etternavn <input type="text"/> Fornavn <input type="text"/> Personnummer <input type="text"/> Eventuelt D-nummer <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Pasientens fastlege <input type="text"/> Bokommune/bydel <input type="text"/> Fødeland <input type="text"/> Mors fødeland <input type="text"/> Fars fødeland <input type="text"/> For utenlandsfødte Botid i Norge: <input type="text"/> Årsak til opphold i Norge: <input type="text"/> Hvis relevant Yrke, evt. navn på barnehage, helseinstitusjon eller skole: <input type="text"/>	Antatt smittemåte <input type="checkbox"/> Luft/dråpesmitte <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Stikkskade/ annen blodkont. <input type="checkbox"/> Matbåren <input type="checkbox"/> Sprøyter/ brukerstyr <input type="checkbox"/> Mor til barn <input type="checkbox"/> Vannbåren <input type="checkbox"/> Dyr <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Fekal-oral <input type="checkbox"/> Insekt <input type="checkbox"/> Blod/blodprod. Evt. beskrivelse av smittesituasjon <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/>
Meldingspliktig sykdom <input type="text"/> Bæretilstand? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Innlagt helseinstitusjon? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Hvis ja: <input type="checkbox"/> Sykehus <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Annet Navn på helseinstitusjon: <input type="text"/> Innsykningsdato <input type="text"/> Prøvetakingsdato <input type="text"/> Antatt smittetidspunkt <input type="text"/> Laboratorium <input type="text"/> Indikasjon for laboratorieundersøkelse <input type="checkbox"/> Symptomer/tegn <input type="checkbox"/> Rutine <input type="checkbox"/> Smitteoppsporing Annet: <input type="text"/> Sykdomsbilde <input type="text"/> Klinisk sepsis? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Utfall av sykdom <input type="checkbox"/> Frisk <input type="checkbox"/> Fortsatt syk <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Død <input type="text"/> Evt. dødsdato Evt. følgetilstand <input type="text"/>	Antatt smittested <input type="checkbox"/> Norge Kommune <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Utlandet Land <input type="text"/> Dato for hjemkomst <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ukjent Ved smitte i utlandet, årsak til utenlandsopphold <input type="checkbox"/> Smittet før innvandring til Norge <input type="checkbox"/> Arbeid/studie/langtidsopph. <input type="checkbox"/> Turistreise <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Forretningsreise <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Besøk i eget eller foreldres tidl. hjemland Hvis aktuelt: Smittet i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Var pasienten vaksinert mot sykdommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke relevant Brukte pasienten malariaprofylakse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Evt. hvilke medikamenter <input type="text"/>
	Har pasienten fått personlig smittevernveiledning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Hvilke smitteverntiltak er igangsatt? <input type="text"/> Utfyllende opplysninger <input type="text"/>
	Melders navn, adresse og telefonnummer <input type="text"/> Dato: <input type="text"/>



MSIS-melding

Nominativ melding om smittsom sykdom

Side 1: Sendes MSIS, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo

Side 2: Sendes kommunelegen der pasienten bor

Side 3: Sendes evt. bydelsoverlege

Side 4: Arkiveres i pasientens journal

NB! Meldinger om tuberkulose sendes på egne skjemaer, www.fhi.no

Personopplysninger Etternavn <input type="text"/> Fornavn <input type="text"/> Personnummer <input type="text"/> Eventuelt D-nummer <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Pasientens fastlege <input type="text"/> Bokommune/bydel <input type="text"/> Fødeland <input type="text"/> Mors fødeland <input type="text"/> Fars fødeland <input type="text"/> For utenlandsfødte Botid i Norge: <input type="text"/> Årsak til opphold i Norge: <input type="text"/> Hvis relevant Yrke, evt. navn på barnehage, helseinstitusjon eller skole: <input type="text"/>	Antatt smitemåte <input type="checkbox"/> Luft/dråpesmitte <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Stikkskade/ annen blodkont. <input type="checkbox"/> Matbåren <input type="checkbox"/> Sprøyter/ brukerstyr <input type="checkbox"/> Mor til barn <input type="checkbox"/> Vannbåren <input type="checkbox"/> Dyr <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Fekal-oral <input type="checkbox"/> Insekt <input type="checkbox"/> Blod/blodprod. Evt. beskrivelse av smittesituasjon <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/>
Meldingspliktig sykdom <input type="text"/> Bæretilstand? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Innlagt helseinstitusjon? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Hvis ja: <input type="checkbox"/> Sykehus <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Annet Navn på helseinstitusjon: <input type="text"/> Innsykningsdato <input type="text"/> Prøvetakingsdato <input type="text"/> Antatt smittetidspunkt <input type="text"/> Laboratorium <input type="text"/> Indikasjon for laboratorieundersøkelse <input type="checkbox"/> Symptomer/tegn <input type="checkbox"/> Rutine <input type="checkbox"/> Smitteoppsporing Annet: <input type="text"/> Sykdomsbilde <input type="text"/> Klinisk sepsis? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Utfall av sykdom <input type="checkbox"/> Frisk <input type="checkbox"/> Fortsatt syk <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Død <input type="text"/> Evt. dødsdato Evt. følgetilstand <input type="text"/>	Antatt smittested <input type="checkbox"/> Norge Kommune <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Utlandet Land <input type="text"/> Dato for hjemkomst <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ukjent Ved smitte i utlandet, årsak til utenlandsopphold <input type="checkbox"/> Smittet før innvandring til Norge <input type="checkbox"/> Arbeid/studie/langtidsopph. <input type="checkbox"/> Turistreise <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Forretningsreise <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Besøk i eget eller foreldres tidl. hjemland Hvis aktuelt: Smittet i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Var pasienten vaksinert mot sykdommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke relevant Brukte pasienten malariaprofylakse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Evt. hvilke medikamenter <input type="text"/>
	Har pasienten fått personlig smittevernveiledning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent Hvilke smitteverntiltak er igangsatt? <input type="text"/> Utfyllende opplysninger <input type="text"/>
	Melders navn, adresse og telefonnummer <input type="text"/> Dato: <input type="text"/>

Veiledning til nominativ MSIS-melding om smittsom sykdom

Legers plikt til å melde utvalgte smittsomme sykdommer er fastsatt i MSIS-forskriften.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvilke sykdommer som skal meldes. Sykdommene er delt i tre grupper; A, B og C. Dette meldingsskjemaet skal brukes ved melding om sykdommer i gruppe A. Disse sykdommene er:

Sykdommer som forebygges gjennom Barnevaksinasjonsprogrammet	
Difteri *	Røde hunder *
Kikhoste	Systemisk Haemophilus
Kusma	influenzae-sykdom
Meslinger *	Tetanus (stivkrampe)
Poliomyelitt * / **	Tuberkulose
Virushepatitter	
Hepatitt A	Hepatitt C
Hepatitt B	
Mat- og vannbårne sykdommer	
Botulisme * / **	Listeriose
Campylobacteriose	Salmonellose
Diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom */**	
E.coli-enteritt	Yersiniose
Giardiasis	
Kryptosporidiose	
Zoonoser	
Brucellose	Nephropathia epidemica
Ekinokokkose	Rabies * / **
Lyme borreliose	Trikinose *
Miltbrann *	Tularemi
Alvorlige importsykdommer	
Denguefeber	Pest *
Flekktuffyfus *	Q-feber
Gulfeber	Shigellose
Kolera *	Tilbakefallsfeber
Lepra	Vestnilfeber
Malaria	Viral hemoragisk feber *
Alvorlige miljøsykdommer	
Legionellose *	
Alvorlige systemiske sykdommer	
Aids	Syst. meningokokksykdom *
Alvorlig, akutt luftveissyndrom – sars *	Systemisk pneumokokksykdom
Dobbelinfeksjon med tuberkulose og hiv	Systemisk gruppe A streptokokksykdom
Influenza forårsaket av virus med pandemisk potensial	Systemisk gruppe B streptokokksykdom
Kopper *	Tyfoidefeber
Paratyfoidefeber	Virale infeksjoner i sentralnervesystemet
Prionsykdommer **	
Sykdommer forårsaket av visse resistente bakterier	
Smittbærertilstand og infeksjoner med:	
• mikrober med spesielle resistensmønstre	
• meticillinresistente gule stafylokokker	
• pencillinresistente pneumokokker	
• vankomycinresistente enterokokker	
* Skal også varsles	
** Meldes på klinisk grunnlag, også uten laboratoriefunn.	

Meldingen skal sendes til MSIS, Folkehelseinstituttet og til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor (samt bydels-overlege der det er aktuelt). Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal meldingen også sendes til kommunelegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. Meldingen skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt. Kopi av meldingen skal oppbevares i pasientens journal. For tuberkulose skal meldingen i tillegg sendes tuberkulosekoordinator.

Hiv-infeksjon, gonore og syfilis (gruppe B-sykdommer) skal meldes med avidentifiserte helseopplysninger på egne skjemaer som sendes fra laboratoriet sammen med prøvesvaret.

Influenza, genital chlamydiainfeksjon og smittbærertilstand eller infeksjoner med toksinproduserende *Clostridium difficile* (gruppe C-sykdommer) skal kun meldes som samlede data fra utvalgte meldingsenheter eller fra laboratorier.

For mer informasjon om meldingsrutiner og inklusjonskriterier se Folkehelseinstituttets nettsider (www.fhi.no) eller Folkehelseinstituttets «Smittevern»-boka.

Varsling om enkelte smittsomme sykdommer

For visse sykdommer skal det i tillegg til MSIS-meldingen også gis umiddelbart muntlig varsel. Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av disse utpekte sykdommene, skal varsle kommunelegen. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Sykdommene dette gjelder er merket med * i tabellen. Evt. oppdateringer publiseres gjennom Folkehelseinstituttets nettsider (www.fhi.no)