

# MSIS-melding

Nominativ melding om smittsom sykdom

<b>Personopplysninger</b>	
Etternavn	
<input type="text"/>	
Fornavn	
<input type="text"/>	
Personnummer	Eventuelt D-nummer
<input type="text"/>	<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	Fødeland
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mors fødeland	Fars fødeland
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>For utenlandsfødte</b>	
Botid i Norge: <input type="text"/>	
Årsak til opphold i Norge: <input type="text"/>	
<b>Hvis relevant</b>	
Yrke, evt. navn på barnehage, helseinstitusjon eller skole:	
<input type="text"/>	

<b>Antatt smitemåte</b>		
<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"/>		

<b>Antatt smittested</b>		
<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		

<b>Ved smitte i utlandet, årsak til utenlandsopphold</b>		
<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		

<b>Hvis aktuelt:</b>			
<b>Smittet i yrket?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ukjent	
<b>Var pasienten vaksinert mot sykdommen?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ukjent	<input type="checkbox"/> Ikke relevant
<b>Brukte pasienten malariaprofylakse?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ukjent	
Evt. hvilke medikamenter <input type="text"/>			

<b>Meldingspliktig sykdom</b>				
<input type="text"/>				
<b>Bæretilstand?</b>				
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/>			
<b>Innlagt helseinstitusjon?</b>				
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				
<b>Navn på helseinstitusjon:</b>				
<input type="text"/>				
<b>Innsyningsdato</b>	<b>Prøvetakingsdato</b>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<b>Antatt smittetidspunkt</b>	<b>Laboratorium</b>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<b>Indikasjon for laboratorieundersøkelse</b>				
<input type="checkbox"/> Symptomer/tegn	<input type="checkbox"/> Rutine <input type="checkbox"/> Smitteoppsporing			
Annet: <input type="text"/>				
<b>Sykdomsbilde</b>				
<input type="text"/>				
Klinisk sepsis? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>				
<b>Utfall av sykdom</b>				
<input type="checkbox"/> Frisk	<input type="checkbox"/> Fortsatt syk	<input type="checkbox"/> Ukjent	<input type="checkbox"/> Død	Evt. dødsdato <input type="text"/>
Evt. følgetilstand <input type="text"/>				

<b>Har pasienten fått personlig smittevernveiledning?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ukjent
<b>Hvilke smitteverntiltak er igangsatt?</b>		
<input type="text"/>		
<b>Utfyllende opplysninger</b>		
<input type="text"/>		

<b>Melders navn, adresse og telefonnummer</b>	
<input type="text"/>	
Dato: <input type="text"/>	