

MSIS-melding

Nominativ melding om smittsom sykdom

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Personopplysninger</p> <p>Etternavn <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Fornavn <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Personnummer <input style="width: 50%;" type="text"/> Eventuelt D-nummer <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p>Adresse <input style="width: 90%; height: 30px;" type="text"/></p> <p>Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Pasientens fastlege <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Bokommune/bydel <input style="width: 50%;" type="text"/> Fødeland <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p>Mors fødeland <input style="width: 50%;" type="text"/> Fars fødeland <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p>For utenlandsfødte</p> <p>Botid i Norge: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Årsak til opphold i Norge: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Hvis relevant</p> <p>Yrke, evt. navn på barnehage, helseinstitusjon eller skole: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Meldingspliktig sykdom</p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Bæretilstand?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/></p> <p>Innlagt helseinstitusjon?</p> <p>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 <input type="checkbox"/></p> <p>Navn på helseinstitusjon:</p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Innsyningsdato <input style="width: 50%;" type="text"/> Prøvetakingsdato <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p>Antatt smittetidspunkt <input style="width: 50%;" type="text"/> Laboratorium <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p>Indikasjon for laboratorieundersøkelse</p> <p><input type="checkbox"/> Symptomer/tegn <input type="checkbox"/> Rutine <input type="checkbox"/> Smitteoppsporing</p> <p>Annet: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Sykdomsbilde</p> <p><input style="width: 90%; height: 40px;" 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="checkbox"/> Evt. dødsdato <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p>Evt. følgetilstand <input style="width: 80%;" type="text"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Antatt smitemåte</p> <p><input type="checkbox"/> Luft/dråpesmitte <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Stikkskade/ annen blodkont.</p> <p><input type="checkbox"/> Matbåren <input type="checkbox"/> Sprøyter/ brukerutstyr <input type="checkbox"/> Mor til barn</p> <p><input type="checkbox"/> Vannbåren <input type="checkbox"/> Dyr <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p><input type="checkbox"/> Fekal-oral <input type="checkbox"/> Insekt <input type="checkbox"/> Blod/blodprod.</p> <p>Evt. beskrivelse av smittesituasjon <input type="checkbox"/> Annet <input style="width: 80%;" type="text"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Antatt smittested</p> <p><input type="checkbox"/> Norge Kommune <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Utlandet Land <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Dato for hjemkomst <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Ved smitte i utlandet, årsak til utenlandsopphold</p> <p><input type="checkbox"/> Smittet før innvandring til Norge <input type="checkbox"/> Arbeid/studie/langtidsopph.</p> <p><input type="checkbox"/> Turistreise <input type="checkbox"/> Annet</p> <p><input type="checkbox"/> Forretningsreise <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p><input type="checkbox"/> Besøk i eget eller foreldres tidl. hjemland</p> <p>Hvis aktuelt:</p> <p>Smittet i yrket?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Var pasienten vaksinert mot sykdommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke relevant</p> <p>Brukte pasienten malariaprofylakse?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Evt. hvilke medikamenter <input style="width: 80%;" type="text"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Har pasienten fått personlig smittevernveiledning?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Hvilke smitteverntiltak er igangsatt?</p> <p><input style="width: 90%; height: 40px;" type="text"/></p> <p>Utfyllende opplysninger</p> <p><input style="width: 90%; height: 40px;" type="text"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Melders navn, adresse og telefonnummer</p> <p><input style="width: 90%; height: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Dato: <input style="width: 50%;" type="text"/></p> </div>
--	--