

## Remiss

för övertagande av **smittspårning, behandlingsansvar och klinisk anmälan** enligt smittskyddslagen av klamydiapositiv patient

**Vid remittering för enbart smittspårning v.g. använd "Remiss för övertagande av smittspårning vid klamydiainfektion".**

### Remitterande klinik/avdelning/mottagning

Sjukhus, klinik, mottagning, adress, telefonnummer

### Uppgifter om personen som remitteras för smittspårning

Patientens/personens namn, person-/reserv-/samordningsnummer, adress, postnummer, postort, telefonnummer

Orsak till provtagning \_\_\_\_\_

Diagnosdatum \_\_\_\_\_

Provnummer \_\_\_\_\_

Symtom

Ej symtom

### Vidtagna åtgärder

Behandling påbörjad

Ja, datum \_\_\_\_\_

Nej

Klinisk anmäld enligt smittskyddslagen i SmiNet

Ja, datum \_\_\_\_\_

Nej

Övrig information:

Remissdatum	Klinik/mottagning	Remitterande läkare/barnmorska (klartext + sign)
-------------	-------------------	--

### Blanketten skickas med posten till:

Ungdomsmottagningen Druvan, Karlstad (patienter under 23 år)

STI-mottagningen, Centralsjukhuset Karlstad (patienter 23 år och äldre)

### Bekräftelse på övertag av ovanstående ärende

Mottagande datum	Klinik/mottagning	Smittspårare (klartext + sign)
------------------	-------------------	--------------------------------