

**Smittspårningshandling, Indexpatient**

nr .....



**Diagnos:** Klamydia  Gonorré  Syfilis  HIV  Annan  .....

Upprättad datum .....

Pnr.....

Mottagning .....

Namn.....

Smittspårare .....

Adress .....

Kliniskt anmäld Ja  Nej

.....

Ärendet avslutat Ja  Nej

Telefon/mobil.....

Skickat till smittskyddsläkaren  
för övertag Ja  Nej

Arbetsplats/skola .....

Övriga kontaktuppgifter.....

.....

---

**Diagnosuppgifter**

Diagnosdatum .....

Symtomdebut, datum ..... Inga symtom

Insatt behandling Ja  Nej  datum.....

Remiss/hänvisning från .....

Smittväg .....

Smittotillfälle .....

Övrigt .....

.....

Smittspåret antal månader tillbaka .....

---

**Kontakter**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....