

Anmeldelse af gonoré

I henhold til lov nr. 114 af 21. marts 1979 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme

Behandlerende læge	Patientkode
Stempel	☒☒☒☒☐☐ - ☐☐☐☐
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 60px;"></div>	(CPR-nr. uden fødselsdag og -måned)
	Patientens bopælskommune (evt. postnummer):

A.1 Diagnosen gonoré er stillet på en eller flere af nedenstående måder:

<input type="checkbox"/> Dyrkning (udfyld A.3.1)	<input type="checkbox"/> Serologi (gonokokantistoftest; GAT)
<input type="checkbox"/> RNA / DNA-baseret undersøgelse (udfyld A.3.2)	<input type="checkbox"/> Klinisk / epidemiologisk
<input type="checkbox"/> Mikroskopi af sekret fra _____	<input type="checkbox"/> Andet, anfør: _____

A.2 Antibiotikabehandling af gonoré: Dato: _____ Præparat: _____

A.3. Hvorfra og hvornår er der undersøgt for gonokokker ?

A.3.1 Ved dyrkning	A.3.2 Ved RNA / DNA-baseret undersøgelse																																																																						
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pos.</th> <th>Neg.</th> <th>Ikke us.</th> <th>Dato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cervix</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Rektum</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Urethra</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Svælg</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Øje</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Andet: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Pos.	Neg.	Ikke us.	Dato	Cervix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Urethra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Svælg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Øje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Andet: _____					<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pos.</th> <th>Neg.</th> <th>Ikke us.</th> <th>Dato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cervix</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Rektum</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Urethra</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Svælg</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Øje</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Andet: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Pos.	Neg.	Ikke us.	Dato	Cervix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Urethra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Svælg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Øje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Andet: _____				
	Pos.	Neg.	Ikke us.	Dato																																																																			
Cervix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Urethra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Svælg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Øje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Andet: _____																																																																							
	Pos.	Neg.	Ikke us.	Dato																																																																			
Cervix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Urethra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Svælg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Øje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																			
Andet: _____																																																																							

<p>B. Oplysninger om patient og smitteforhold</p> <p>Hvornår blev diagnosen stillet? _____ (ddmmåå)</p> <p>Køn: <input type="checkbox"/> Mand <input type="checkbox"/> Kvinde</p> <p>Årsag til undersøgelsen:</p> <p><input type="checkbox"/> Lægens mistanke pga. symptomer</p> <p><input type="checkbox"/> Som led i kontaktopsporing</p> <p><input type="checkbox"/> Rutineundersøgelse/screening</p> <p><input type="checkbox"/> På patientens initiativ</p> <p><input type="checkbox"/> Klinisk behandlingssvigt</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrol dyrkning, ingen symptomer</p> <p><input type="checkbox"/> Andet: _____</p> <p>Patienten formodes smittet af:</p> <p><input type="checkbox"/> Mand <input type="checkbox"/> Kvinde <input type="checkbox"/> Uoplyst</p> <p>Smittekontakten var:</p> <p><input type="checkbox"/> Ægtefælle / fast partner <input type="checkbox"/> Turist/udlænding</p> <p><input type="checkbox"/> Tilfældig kontakt <input type="checkbox"/> Prostitueret</p> <p><input type="checkbox"/> Ukendt / uoplyst <input type="checkbox"/> Andet: _____</p> <p>Formodet smittelands:</p> <p><input type="checkbox"/> Danmark <input type="checkbox"/> Andet: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Uoplyst</p>	<p>Er patienten:</p> <p><input type="checkbox"/> Dansk <input type="checkbox"/> Indvandrer / flygtning*)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. generationsindvandrer*)</p> <p><input type="checkbox"/> Turist mv.*) <input type="checkbox"/> Ukendt / uoplyst</p> <p>*) Hvorfra _____ (Land)</p> <p>Er patienten biseksuel:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst</p> <p>Er patienten hiv-positiv:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, nypåvist <input type="checkbox"/> Ja, kendt fra tidligere</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst</p> <p>Er patienten intravenøs stofbruger:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst</p> <p>Er patienten prostitueret:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst</p> <p>Vil smitteopsporing blive udført:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej*)</p> <p>*) Hvis nej, begrund: _____</p> <p>Eventuelle bemærkninger: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---