

Anmeldelse af syfilis

Formular 1510-S januar 2020

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

Cpr-nummer: _____ - _____ Patientens navn: _____

Såfremt der ikke er et fuldt cpr-nummer (flygtning, turist, anonym patient m.m.)

Alder eller fødselsår: _____ Køn: Mand Kvinde Andet

Bopælskommune eller evt. postnummer: _____

Er patienten: Dansk Andengenerationsindvandrer*) Ukendt / uoplyst

Indvandrer / flygtning*) Turist m.v.*) *) Hvorfra (land): _____

A. Årsag til undersøgelsen:

Lægens initiativ pga. symptomer
Lægens initiativ pga. risikovurdering
Patientens initiativ pga. symptomer
Patientens initiativ pga. eksponering
Som led i kontaktopsporing
Rutineundersøgelse / screening
Gravidsscreening
Sidste menstruations 1. dag: _____
Klinisk behandlingssvigt
Behandlingskontrol, ingen symptomer
Andet: _____

B. Prøvetagningsdato: _____**C. Patienten formodes smittet af:**

Mand Kvinde Uoplyst

D. Er patienten hiv-positiv:Ja, nypåvist Ja, kendt fra tidligere
Nej Uoplyst**E. Er patienten:**

Ja Nej Uoplyst

Biseksuel
Intravenøs stofbruger
Prostitueret**F. Formodet smittelands:**Danmark Andet: _____
Uoplyst**G. Vil smitteopsporing blive udført:**

Nej*) Ja, af patienten Ja, af lægen

*) Hvis nej, begrund: _____

H. Behandling for syfilis. Hvornår? _____Benzathin-benzylpenicillin 2,4 x 10⁶ i.m. _____ gange
Benzylpenicillin-procain 600.000 IE i.m. _____ gange
Doxycyclin 100 mg x 2 i _____ dage
Anden behandling. Hvilken? _____
Patienten henviset til behandling hos anden læge / klinik
Patienten er ikke behandlet for syfilis**Diagnosemåde, afkryds alle relevante felter**Antistoffer (WR, RPR, IgG, IgM) Fundet i serum og/eller spinalvæske
DNA-påvisning (PCR etc.)
Mikroskopi (mørkefeltmikroskopi)
Spinalvæskeundersøgelse; angiv celletal: Leukocytter _____ Erythrocytter _____ Proteinkoncentration _____**Symptomer og stadium, afkryds alle relevante felter**Chancre Udslæt CNS-symptomer Andre symptomer: _____
Ingen symptomer
Syfilisstadium: _____ Anden diagnose (hvis der ikke foreligger syfilis): _____

Eventuelle bemærkninger: _____

Behandlerens læges navn, telefonnummer og ydernummer, evt. stempel:

Navn: _____

Telefonnummer: _____

Ydernummer: _____