

Anmeldelse af syfilis

I henhold til anordning nr. 655 af 14. juni 2011 om ikrafttræden for Færøerne af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, som seinast broytt við bekendtgørelse nr. 180 frá 5. mars 2020

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: Færøsk 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 smitteland:

Færøerne 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 henvist 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

Chancker Udslæt CNS-symptomer Andre symptomer: _____
Ingen symptomer
Syfilisstadium: _____ Anden diagnose (hvis der ikke foreligger syfilis): _____

Eventuelle bemærkninger: _____

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

Navn: _____

Telefonnummer: _____

Ydernummer: _____