INDIVIDUELT ANMELDELSESPLIGTIGE SYGDOMME

I henhold til bekendtgørelse nr. 596 af 10. juni 2014 for Færøerne om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v.

Infektion eller sygdom	*Kriterier for anmeldelse*	*Mikrobiologisk agens/ serologiske markører*
1. ALVORLIGE SYGDOMME		
Fugleinfluenza hos mennesker[Tlf]	K/M	Aviær influenza virus
Kopper[Tlf]	K/M	Variola
Præpandemisk influenza[Tlf] (Udmeldes fra Sundhedsstyrelsen)	K/M	Influenza virus af ny subtype
Purulent meningitis[Tlf]	K/M	Påvist mikroorganisme
Meningokoksygdom[Tlf]	K/M eller K + (S/M) MAT,	Neisseria meningitidis meningokok-antigen
SARS[Tlf]	K/M	SARS coronavirus
2. ANDRE SYGDOMME		
AIDS	M+K	HIV, jfr. de europæiske AIDS kriterier fra 1993
Hepatitis		
A Akut	K+(S/①)	Anti-HAV-IgM, ① verificeret tilfælde i omgivelserne
B akut	K+M	HBsAg
B kronisk	M i >6 mdr/(M+②)	HBsAg, ② histologi
C akut	K+M	HCV RNA
C kronisk	M i >6 mdr/(M+③)	HCV RNA, ③ histologi
Hæmolytisk uræmisk syndrom (HUS)	K	
Legionella pneumoni	K+(M/S)	Legionella, LAT, LUT
Neuroborreliose	K+S	Borrelia burgdorferi antistoffer
Ornitose	K+S	Chlamydia psittaci
Tuberkulose	K+(M/④)	Mycobacterium tuberculosis komplekset, ④ rtg. forandringer / pos. Mantoux / histologi / klinik
3. LEVNEDSMIDDEL- OG VANDBÅRNE SYGDOMME		
Tyfus	K+M	Salmonella typhi
Paratyfus	K+M	Salmonella paratyphi A, B eller C
Shigella dysenteri	K+M	Shigella
Levnedsmiddelbåren sygdom	K+⑤	⑤ Mistanke til bestemt måltid/levnedsmiddel
Vandbåren sygdom	K+⑥	⑥ Mistanke til bestemt vandforsyning
Verotoksinproducerende E. coli (VTEC)	M/(K+S)	Alle VTEC-typer, inkl. O157
4. SJÆLDNE SYGDOMME I DANMARK		
Anthrax[Tlf]	K/M/S	Bacillus anthracis
Botulisme[Tlf]	K/M/S	Clostridium botulinum, toksin
Creutzfeldt-Jakob	K/M	Prion protein
Hæmorrhagisk feber (Lassa, Marburg, Ebola)[Tlf]	K/M/S	Lassa/Marburg/Ebola-virus
Kolera[Tlf]	K+M	Vibrio cholerae, klassisk eller el Tor
Lepra	K+M	Mycobacterium leprae
Leptospirose	K+(M/S)	Leptospira (patogene)
Pest[Tlf]	K+(M/S)	Yersinia pestis
Plettyfus[Tlf] (typhus exanthematicus)	K+(M/S)	Rickettsia prowazekii
Rabies[Tlf]	K+(M/S)	Rabiesvirus
5. SYGDOMME, DER INDGÅR I BØRNEVACCINATIONSPROGRAMMET		
Difteri[Tlf]	K/M	Toksinproducerende Corynebacterium diphtheriae
Morbilli	K+(S/⑦)	Morbillivirus-IgM,⑦ verificeret tilfælde i omgivelserne
Parotitis	K+S	Parotitisvirus-IgM
Pertussis hos børn < 2 år	K+M	Bordetella pertussis
Polio[Tlf]	K/M/S	Poliovirus
Tetanus	K	
6. GRAVIDE/NYFØDTE		
Rubella i graviditeten	M/S	Rubellavirus
Kongenit rubella	K+(M/S)	Rubellavirus, Rubellavirus-IgM

FORKLARING VEDR. KRITERIER FOR ANMELDELSE:

K: Klinisk diagnose.
S: Påvisning af serologiske markører.
M: Påvisning af specifikke mikrobiologiske agens ved dyrkning eller mikroskopi samt påvisning af antigen eller nukleinsyre (PCR-teknik m.m.).
+: Og (begge kriterier skal være til stede).
/: Eller (mindst et kriterium skal være til stede).

Tlf.: Anmeldes telefonisk til Heilsustýrið.

Enhver læge, der får en patient med en af ovennævnte sygdomme til behandling, skal straks anmelde dette telefonisk for sygdomme angivet med [Tlf], og desuden skriftligt (alle sygdomme) til Heilsustýrið på fraboda@hst.fo.

Indlæggelse af patienten fritager den indlæggende læge for anmeldelsespligten, der herefter påhviler sygehuslægen.

ANMELDELSE AF SMITSOMME SYGDOMME M.V.

I henhold til anordning nr. 655 af 14. juni 2011 om ikrafttræden for Færøerne af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, sum seinast broytt við løgtingslóg nr. 59 frá 29. mai 2024

1. NAVN: CPR-NR.:

ADRESSE: KOMMUNE:

2. ARBEJDSSTED og BESKÆFTIGELSE (for børn, angiv forældrenes): formodet smittet på arbejdssted:
☐ ja ☐ nej

3. SKOLER/BØRNEINSTITUTIONER, som patienten selv har kontakt til:

som husstandens øvrige medlemmer har kontakt til:

4. ANDRE INSTITUTIONER, som patienten har kontakt til (dag- og døgninstitutioner, kriminalforsorg m.v.):

5. SYGDOMMEN BEGYNDT, dato:

For INDLAGTE, indlæggelsesdato: Sygehus og afd.:

6. ANMELDELSESPLIGTIG INFEKTION ELLER SYGDOM (se bagsiden)
☐ Diagnose:

Diagnose stillet ved (evt. kryds i begge felter):
☐ Klinik, specificer i rubrik 9
☐ Laboratorieundersøgelse, specificer i rubrik 10

7. Er patienten indvandrer/flygtning?: ☐ nej ☐ ja, hvorfra:
Indrejse år:
For personer født på Færøerne angiv da, hvorvidt begge forældre også er født på Færøerne:
☐ ja ☐ nej, hvorfra:

8. Formodes patienten smittet på Færøerne?: ☐ ja ☐ nej ☐ ved ikke

Relevant udlandsophold, land(e): Hvornår:

9. SMITTEFORHOLD: Formodet smittemåde, herunder smitteomstændigheder, smittekilde samt hvorvidt tilfældet er en del af et udbrud. Klinik m.v.:

10. AKTUELLE LABORATORIERESULTATER (se bagsiden):
Prøvedato: Laboratorium:

Prøvemateriale:
☐ Påvist agens ved mikroskopi:

☐ Påvist agens ved dyrkning:

☐ Påvist antigen eller nukleinsyre:

☐ Påvist specifikke antistoffer ved akut/kronisk sygdom:

11. Oplysninger om relevant vaccination og anden profylakse (fx immunglobulin eller antibiotika):

Stempel (ydernr., navn, adresse)

Dato, underskrift

Denne side udfyldes, gemmes og sendes til Heilsustýrið på fraboda@hst.fo.