**Vårdbegäran till**

**Centrum för vektorburna infektioner**

**Patientuppgifter**

Förnamn och efternamn Personnummer (12 siffror)

Adress

Telefonnummer Postnummer och ort

**Remissuppgifter**

Remitterande/Svarsmottagare Remissdatum

Remiss från (inklusive telefonnummer)

Samtycke Ja [ ] Nej [ ]

Patienten samtycker till att remittent och remissmottagare genom så kallad sammanhållen journalföring, får ta del av relevant vårddata hos respektive vårdgivare.

**3-6** av nedanstående kriterier **skall** uppfyllas **innan** utredning vid Centrum för vektorburna infektioner är aktuell.

Kryssa i de kriterier som är uppfyllda

[ ] Patient med ***kvardröjande sjukdomssymptom*** (> 6 mån) där det föreligger misstanke om

fästingöverförd sjukdom baserat på:

[ ] Tidigare exposition

[ ] Symptombild (klassisk/ eller persisterande (reumatologisk alt. neuropsykiatrisk)

[ ] Laborativa indikationer (t.ex serologiska resultat)

[ ] Tidigare behandlingsförsök

[ ] Misstanke om co-infektioner

Frågeställning

Klinisk diagnos (Diagnoskoder (ICD))

Anamnes

Status

Aktuella läkemedel

Övrig information

Bilagor

[ ] Bifoga relevanta journalkopior

[ ] Bifoga relevanta labdata

[ ] Bifoga övriga relevanta handlingar. Ange:

Skriv ut remissen och skicka tillsammans med eventuella bilagor till:

Akademiska sjukhuset

Infektionsmottagningen

Centrum för vektorburna infektioner

751 85 Uppsala