**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.

**2-5** av nedanstående kriterier **skall** uppfyllas **innan** utredning vid Centrum för vektorburna infektioner är aktuell.

Kryssa i de kriterier som är uppfyllda

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

 fästingöverförd sjukdom baserat på:

[ ] Tidigare ***fästing***exposition

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

[ ] Laborativa indikationer (t.ex. serologiska resultat)

[ ] Tidigare behandlingsförsök

[ ] Misstanke om co-infektioner

 Klinisk diagnos (Diagnoskoder (ICD))

Frågeställning

Anamnes

Status

Aktuella läkemedel

Övrig information

Bilagor

[ ] Bifoga relevanta journalkopior

[ ] Bifoga relevanta labbdata

[ ] 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