



Folkhälsomyndigheten

Utredning av akut hepatit av okänd orsak

För att samla information om misstänkta fall av akut hepatit av okänd orsak som anmälts till SmiNet, ombeds behandlande läkare att fylla i denna enkät. Enkäten är en komplettering till anmälan. Syftet med insamlingen är få en tydligare bild av de misstänkta fallen i Sverige och om vilka faktorer som ligger till grund för sjukdomsbilden samt ge underlag för eventuella preventiva åtgärder.

Enkäten innehåller frågor om sjukdomsförloppet och genomförd diagnostik, patientens sjukdomshistoria samt viss epidemiologisk information. Separata enkäter kan fyllas i av olika läkare om uppgifterna inte finns samlade.

Enkäten besvaras på nedan länk:

<https://reply.surveymenerator.com/go.aspx?u=47008iqygwZxiRsRxxXMm>

Vid frågor angående enkäten vänligen kontakta samordningsmittskydd@folkhalsomyndigheten.se

Patientens personnummer/reservnummer:

..... (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

När insjuknade patienten i hepatit?

Insjukningsdatum (datum för symtomdebut relaterade till episoden, även innan ikterusdebut, alternativt datum för första kontakt med sjukvården)

..... (ÅÅÅÅMMDD)

Vill du lägga till någon information avseende symtomdebut kan du skriva det här:

.....
.....
.....

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Har patienten varit inlagd i slutenvård?

Ja

Nej

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Om patienten varit inlagd i slutenvård, ange datum för första inläggning i slutenvård relaterad till hepatiten:

..... (ÅÅÅÅMMDD)

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Har patienten varit inlagd på intensivvårdsavdelning eller intermediärvårdsavdelning?

Ja

Nej

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Vilka av följande symtom har patienten haft sedan hen insjuknade i hepatit?

Fyll i samtliga symtom relaterade till episoden, även innan ikterusdebut

Avfärgad avföring

Asymtomatisk

Blod i avföringen

Buksmärta

Diarré

Feber

Förvirrad/lättretlig

Gulsot

Halsont

Hepatomegali

Huvudvärk

Illamående/kräkningar

Konjunktivit

Luftvägssymtom

Minskad matlust

Mörk urin

Trötthet/svaghet

Utslag

Annat

Uppgift saknas

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Om annat symtom, specificera vilket/vilka andra symtom:

.....

.....

.....

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Har patienten haft någon/några av följande komplikationer sedan hen insjuknade i hepatit?

(fyll i samtliga komplikationer relaterade till episoden)

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Akut leversvikt | <input type="checkbox"/> |
| Benmärgssvikt | <input type="checkbox"/> |
| Blödningar | <input type="checkbox"/> |
| Koma | <input type="checkbox"/> |
| Leverencefalopati | <input type="checkbox"/> |
| Njursvikt | <input type="checkbox"/> |
| Okänt | <input type="checkbox"/> |
| Annan | <input type="checkbox"/> |

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Om annan komplikation, specificera vilken/vilka andra komplikationer:

.....

.....

.....

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Har patienten genomgått levertransplantation?

- | | |
|---|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Uppsatt på väntelista till levertransplantation | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |
| Okänt | <input type="checkbox"/> |

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Har patienten avlidit?

Nej

Ja

Uppgift saknas

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Om patienten avlidit, vilket av nedanstående stämmer för patienten?

Patienten har avlidit till följd av sin hepatit

Dödsfallet är inte relaterat till patientens hepatit

Dödsorsak inte känd

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Om patienten avlidit, vilket datum avled patienten?

..... (ÅÅÅÅMMDD)

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Om patienten avlidit, fortsätt till nästa sida.

Hur mår patienten idag?

Återställd

Behandlas/följs fortfarande för sin hepatit

Vill du lägga till någon information avseende patientens mående kan du skriva det här:

.....
.....
.....

Klinisk kemi

	Fyll i högsta värde för följande:	Datum när högsta värdet uppmättes:
ALAT
ASAT
Bilirubin
PK(INR)

Virusdiagnostik

Har diagnostik för CMV utförts?

Frågan avser diagnostik relaterad till episoden av akut hepatit

- Ja, talar för tidigare genomgången infektion
- Ja, talar för aktuell pågående infektion
- Ja, talar emot både tidigare genomgången och pågående infektion
- Ja, resultat ej bedömbart
- Nej, diagnostik för CMV har inte utförts
- Uppgift saknas

Vill du lägga till någon information avseende diagnostik för CMV kan du skriva det här:

.....

.....

.....

Virusdiagnostik

Har diagnostik för EBV utförts?

Frågan avser diagnostik relaterad till episoden av akut hepatit

- Ja, talar för tidigare genomgången infektion
- Ja, talar för aktuell pågående infektion
- Ja, talar emot både tidigare genomgången och pågående infektion
- Ja, resultat ej bedömbart
- Nej, diagnostik för EBV har inte utförts
- Uppgift saknas

Vill du lägga till någon information avseende diagnostik för EBV kan du skriva det här:

.....

.....

.....

Virusdiagnostik

Har diagnostik för Varicella-Zostervirus utförts?

Frågan avser diagnostik relaterad till episoden av akut hepatit

- | | |
|---|--------------------------|
| Ja, talar för <u>tidigare genomgången</u> infektion | <input type="checkbox"/> |
| Ja, talar för <u>aktuell pågående</u> infektion | <input type="checkbox"/> |
| Ja, talar emot både tidigare genomgången och pågående infektion | <input type="checkbox"/> |
| Ja, resultat ej bedömbart | <input type="checkbox"/> |
| Nej, diagnostik för Varicella-Zostervirus har inte utförts | <input type="checkbox"/> |
| Uppgift saknas | <input type="checkbox"/> |

Vill du lägga till någon information avseende diagnostik för Varicella-Zostervirus kan du skriva det här:

.....

.....

.....

Virusdiagnostik

Har diagnostik för adenovirus utförts?

Frågan avser diagnostik relaterad till episoden av akut hepatit

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |
| Uppgift saknas | <input type="checkbox"/> |

Virusdiagnostik

Om diagnostik för adenovirus utförts

Fyll i datum och testresultat för aktuella provlokaler. Om flera test gjort, fyll i första hand i datum och resultat för det första med positivt resultat. Om endast negativa resultat, fyll i datum och resultat för det första negativa testet.

	Testresultat				Datum för provtagning (ÅÅMMDD)
	Talar för infektion	Talar emot infektion	Kan ej bedömas	Ej utfört i aktuell provlokal	
Helblod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serum/Plasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faeces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Virusdiagnostik

Om annan provlokal, på vilken/vilka andra provlokaler har diagnostik för adenovirus gjorts?

.....
.....
.....

Virusdiagnostik

Om diagnostik för adenovirus utförts, vill du lägga till någon information avseende diagnostik för adenovirus kan du skriva det här:

.....
.....
.....

Virusdiagnostik

Har några ytterligare virologiska undersökningar gjorts?

	Ja, fynd talar <u>för</u> infektion	Ja, fynd talar <u>emot</u> infektion	Ja, resultat ej bedömbart	Nej, inte genomfört	Uppgift saknas
Bocavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enterovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HHV6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HHV7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norovirus grupp I / grupp II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parainfluensavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parechovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parvovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sapovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Virusdiagnostik

Om annat, vilken/vilka andra virologiska undersökningar har gjorts?

.....

.....

.....

Virusdiagnostik

Vill du lägga till någon information avseende virologiska undersökningar kan du skriva det här:

.....

.....

.....

Bakteriediagnostik

Har någon/några av följande bakteriella undersökningar gjorts?

Frågan avser diagnostik relaterad till episoden av akut hepatit.

	Ja, <u>påvisat</u>	Ja, <u>ej påvisat</u>	Ja, resultat ej bedömbart	Nej, ej utfört	Uppgift saknas
Antikroppar mot streptolysin O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legionella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptospiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vill du lägga till någon information avseende bakteriologiska undersökningar kan du skriva det här:

.....

.....

.....

Bakteriediagnostik

Är primär diagnostik (PCR/odling) av bakteriella tarmpatogener utförd?

- Ja, patogena bakterier påvisade
- Ja, patogena bakterier ej påvisade
- Nej
- Okänt

Bakteriediagnostik

Om patogena bakterier är påvisade, kommentera fynd av patogena tarmbakterier

.....

.....

.....

Bakteriediagnostik

Är svalgodling utförd?

Ja, patogena bakterier påvisade	<input type="checkbox"/>
Ja, patogena bakterier ej påvisade	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Okänt	<input type="checkbox"/>

Bakteriediagnostik

Om patogena bakterier är påvisade, kommentera fynd av patogena bakterier i svalgodling

.....

.....

.....

Diagnostik

Har elektronmikroskopisk analys av faeces utförts?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Okänt	<input type="checkbox"/>

Diagnostik

Om elektronmikroskopisk analys av faeces utförts, kommentera resultat av elektronmikroskopisk analys av faeces:

.....

.....

.....

Diagnostik

Har toxikologisk undersökning utförts?

Ja

Nej

Okänt

Diagnostik

Om toxikologisk undersökning utförts, kommentera resultat:

.....

.....

.....

Diagnostik

Har PAD av leverbiopsi utförts?

Ja, svaret är klart

Ja, svaret är inte klart

Nej

Okänt

Diagnostik

Om PAD av leverbiopsi utförts och svaret är klart, kommentera resultat på PAD av leverbiopsi:

.....

.....

.....

Diagnostik

Vill du lägga till någon information angående genomförd diagnostik kan du skriva det här:

.....

.....

.....

Sjukdomshistorik

Har patienten haft en laboratoriebekräftad akut infektionssjukdom (ej covid-19, kommer separat fråga) under perioden fyra veckor före insjuknande i hepatit?

Ja

Nej

Okänt

Sjukdomshistorik

Om patienten haft en laboratoriebekräftad akut infektionssjukdom, specificera vilken/vilka akut infektionssjukdom patienten hade under perioden fyra veckor före insjuknande i hepatit:

.....
.....
.....

Om patienten haft en laboratoriebekräftad akut infektionssjukdom, beskriv patientens symtom:

.....
.....
.....

Sjukdomshistorik

Har patienten testat positivt (hemtest, antigen test vid vårdbesök eller pcr-test) för covid-19 under perioden 6 månader innan insjuknande i hepatit?

Ja

Nej

Uppgift saknas

Klinisk bild och sjukdomsförlopp

Om patienten testat positivt för covid-19, ange datum för positivt covid-19 test:

..... (ÅÅÅÅMMDD)

Sjukdomshistorik

Har en familjemedlem (hushållskontakt) till patienten haft en bekräftad SARS-CoV2 infektion (hemtest, antigen test vid vårdbesök eller pcr-test) under perioden 2 månader innan patienten insjuknade i hepatit?

Ja

Nej

Uppgift saknas

Sjukdomshistorik

Har patienten någon tidigare känd underliggande sjukdom/tillstånd?

Ja

Nej

Okänt

Sjukdomshistorik

Om patienten har någon tidigare känd underliggande sjukdom/tillstånd, markera vilken/vilka underliggande sjukdom/tillstånd patienten har:

Astma	<input type="checkbox"/>
Autoimmun sjukdom	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Endokrin sjukdom	<input type="checkbox"/>
Fetma	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal sjukdom	<input type="checkbox"/>
Genetisk sjukdom	<input type="checkbox"/>
Hiv/annan immundefekt	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>
Hjärtsjukdom (förutom hypertension)	<input type="checkbox"/>
Immunnedläggande behandling	<input type="checkbox"/>
Kronisk lungsjukdom (förutom astma)	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input type="checkbox"/>
Malignitet	<input type="checkbox"/>
Metabol sjukdom	<input type="checkbox"/>
Neuromuskulär sjukdom, kronisk neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>
Patienten saknar mjälte	<input type="checkbox"/>
Tuberkulos	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom/annat tillstånd	<input type="checkbox"/>

Sjukdomshistorik

Om annan sjukdom/tillstånd, specificera vilken annan underliggande sjukdom/annat tillstånd patienten har:

.....

.....

.....

Resehistorik

Har patienten rest utomlands under perioden 30 dagar innan insjuknande i hepatit?

Ja

Nej

Uppgift saknas

Resehistorik

Om patienten rest utomlands, till vilket land/vilka länder reste patienten?

.....

.....

.....

Resehistorik

Har en familjemedlem/hushållskontakt till patienten rest utomlands under perioden 30 dagar innan patienten insjuknande i hepatit?

Ja

Nej

Uppgift saknas

Resehistorik

Om en familjemedlem/hushållskontakt till patienten rest utomlands, till vilket land/vilka länder reste patientens familjemedlem/hushållskontakt?

.....

.....

.....

Epidemiologisk koppling

Finns kännedom om epidemiologisk koppling till annat misstänkt fall av akut hepatit av okänd orsak?

Med epidemiologisk koppling avses familjemedlem eller person patienten träffat i skola/på arbetsplats eller fritiden.

Ja

Nej

Epidemiologisk koppling

Har patienten någon familjemedlem som diagnosticerats med gulsot under perioden 2 månader innan patienten insjuknade i hepatit?

Ja

Nej

Uppgift saknas

Stort tack för din medverkan! Enkätens svar är skickade till Folkhälsomyndigheten.