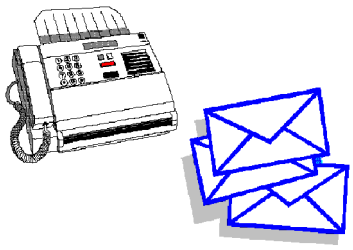

CONFIDENTIAL DISEASE CASE REPORT

(see list of local health authorities for addresses or contact DPHHS)

Instructions: Complete a form for each case of a communicable disease listed in 16.28.202 of the Administrative Rules of Montana (ARM).

* **If you are reporting a case of Gonorrhea, Chlamydia, or Syphilis, it is necessary to complete only the <u>back</u> of this form.**

After completion, fax or mail this form to number or address listed above and keep a copy for your records. You may also call the above number for a list of reportable diseases, additional reporting forms, or to receive more information.

Thank you for your cooperation with disease reporting!

INDIVIDUAL CASE REPORT

```
64444444444444444444444444444444447
5CASE INFORMATION                   5
:444444444444444444444444444444444=444444L444444444444444444444444444444447
5Disease:                                 * O Suspected     O Confirmed   5
K)))))))))))))))))))))))))))))))))))))))0))2))))))))))))))))))))))))))))))))M
5Date of Onset:                         *Date of Report:                   5
K)))))))))))))))))))))))))))))))))))))3)))))))))0)))))))0))))))))))))))))))M
5Patient's Name:                        *Age:     *Sex:   *Race:           5
K)))))))))))))))))))))))))))))))))))))3)))))))))2))))0))2))))))))))))))))))M
5Address:                               *City:         *County:            5
94444444444444444444444444444444444444N444444444444444N4444444444444444448

64444444444444444444444444444444447
5PROVIDER INFORMATION               5
:444444444444444444444444444444444=444444444444444444444444444444444444447
5Physician:                                                                5
K)))))))))))))))))))))))))))))))))))))0))))))))))))))))))))))))))))))))))))M
5City:                                 *Phone:                             5
K)))))))))))))))))))))))))))))))))))))2))))))))))))))))))0))))))))))))))))))M
5Contact for more info:                                *Phone:             5
94444444444444444444444444444444444444444444444444444444N4444444444444444448
```

Comments:_____

_____

_____

_____

_____

COMPLETE THIS SIDE FOR GONORRHEA, SYPHILIS OR CHLAMYDIA

CONFIDENTIAL SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE CASE RECORD

PATIENT INFORMATION

Name: * D.O.B: / /

Address: Phone:

City & County: Zip:

Age: *Sex: M F *Race: W B HISPANIC INDIAN ASIAN UNK

SPECIMEN COLLECTION/CLINICAL DIAGNOSIS

Date Specimen collected: *Date (+) Lab Report Rec'd:

Patient Diagnosis: PID: Yes___ No ___

Health Care Provider: Phone:

Provider's Address:

PATIENT TREATMENT INFORMATION

Date: *Med: *Dose: *Duration:

Date: *Med: *Dose: *Duration:

IF INTERVIEWED FOR SEXUAL CONTACTS BY PROVIDER, PLEASE COMPLETE
IF NOT INTERVIEWED, SUBMIT TO HEALTH DEPT FOR COMPLETION

INTERVIEW INFORMATION- Indicate who Interviewed Patient

Interviewer: *Date:

Interviewing agency:

CONTACT INFORMATION- List Sexual Contacts & Treatment Info.

Name of Contact	*Sex	*Date of Last Exposure	*Test *Date	* Date of *Treatment	* Dis-position
	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*

Comments:

Was patient counseled about HIV risk? Yes_____ no_____

INTERVIEW RECORDS SHOULD BE COMPLETED AND THE ORIGINAL COPY FAXED/MAILED TO THE STD PROGRAM OR LOCAL HEALTH AUTHORITY WITHIN 10 DAYS OF PATIENT DIAGNOSIS.