



Tollwut

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: Akute Enzephalomyelitis Delirium Epileptische Anfälle Angstzustände
 Sensorische Störungen an der Bissstelle Schluckkrämpfe Hydrophobie Parese oder Paralyse

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: __/__/____ Material: _____

Resultat^b: IF-Nachweis: pos. neg. unbekannt

Histologie: pos. neg. unbekannt

Rabiesvirus in Kultur aus Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ Austrittsdatum: __/__/____ nein unbekannt

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: Impfausweis Anamnese

gegen Tollwut geimpft: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt γ-Globulingabe

Letzte Dosis im Jahr/Mt.: _____ mit Impfstoff, Markenname: _____

Postexpositionsprophylaxe: ja, Beginn am: __/__/____ aktiv passiv unbekannt

Exposition

≤1 Jahr vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 30-365 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ oder Datum der Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Wie: Tier zu Mensch: _____

Mensch zu Mensch: _____

unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wieviele: _____ keine unbekannt

Namen und Adressen der einzelnen, Ihnen bekannten, exponierten Personen bitte auflisten:

Bemerkungen

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): _____

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____ Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b Bitte Befundkopie beilegen