



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Trichinellose

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m
PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____
Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

bitte ALLE beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: Fieber
 Muskelschmerzen
 Durchfall
 Gesichtsoedem oder periorbitales Ödem
 Eosinophilie
 subkonjunktivale, subunguale oder retinale Blutungen
 andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____
Entnahme: Datum: __/__/____ Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ nein unbekannt
Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Exposition

≤45 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 8 bis 45 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt
Wann: Expositionsdatum: __/__/____ ODER Datum der Einreise in CH: __/__/____ unbekannt
Wie: Speise (Einzelheiten): _____
 andere: _____ unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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