



Typhus abdominalis / Paratyphus

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsarzt/-ärztin senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestationen

Diagnose: Abdominaltyphus Paratyphus Ausscheider, seit Monat/Jahr: ____/____

Manifestation: anhaltendes Fieber Kopfschmerzen relative Bradykardie
 Husten ohne Auswurf Durchfall, Verstopfung, Unwohlsein oder Bauchschmerzen
 andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

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

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: Impfausweis/Krankengeschichte Anamnese

Geimpft gegen *S. typhi*: ja, mit total ____ Dosen nein unbekannt

Letzte Dosis in Monat/Jahr: ____/____ mit Impfstoff, Markenname: _____

Exposition

< 60 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit *S. Typhi* 3-60 Tage, i.d.R. 8-14 Tage; *S. Paratyphi* 1-10 Tage)

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

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

Wie: Speisen/Getränke (Einzelheiten): _____
 Kontakt mit Patient/Träger: _____
 andere: _____ unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wie viele: ____ keine unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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