



Virale Hämorrhagische Fieber

von Mensch zu Mensch übertragen

Meldung zum klinischen Befund
Ergänzend zur telefonischen Meldung,
die in 2 Stunden zu erfolgen hat.

Bitte ausfüllen und umgehend
an BAG und Kantonsarzt/-
ärztin senden.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestation

Diagnose: Ebola (*bitte spezielles Formular verwenden*) Marburg Krim-Kongo Lassa

andere Arenaviren: _____

Manifestation: hämorrhagische Zeichen Fieber bis _____ °C

andere: _____ keine

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition anderer: _____

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

Resultat: Virus in Kultur nachgewiesen pos. Genomtest Serokonversion

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Exposition

≤3 Wochen vor Manifestationsbeginn

Hat sich die Person vor der Diagnose in einem bekannten Endemiegebiet aufgehalten? ja nein

Falls ja: Ausland Land: _____ Orte: _____ unbekannt

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: __/__/____ Datum Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Falls nein: CH Gebiete: _____ Orte: _____ unbekannt

Wie: Patientenkontakt Aufenthalt in ländlichem Gebiet anderes: _____ unbekannt

Andere exponierte Personen: ja, welche: _____ Anzahl: _____ nein unbekannt

Bemerkungen zu getroffenen Massnahmen

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>