



West-Nil-Fieber

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Nationalität: CH andere: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: Fieber oder Fieber gemäss Anamnese Meningitis Enzephalitis
 andere: _____ keine

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

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

Dokumentierte Serokonversion: ja nein

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?	geimpft?		
Gelbfieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____			
Dengue:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____			

Exposition Inkubationszeit: 2 - 14 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 14 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten? ja nein unbekannt
falls ja, Land: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ unbekannt

Wie: Mückenstich
 Kontakt mit Vögeln
 Bluttransfusion/Transplantation, Datum der Transfusion/Transplantation: __/__/____
Institution (Name, Adresse): _____
 andere: _____
 unbekannt

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

Bemerkungen

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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