



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Zika-Virus Infektion

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:  Hautausschlag  Fieber  Bindehautentzündung  Gelenkschmerzen  Muskelschmerzen

neurologische Symptome<sup>b</sup>: \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_  keine

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Falls ja: → Die Proben ans NAVI<sup>c</sup> senden.

→ behandelnde/r Gynäkologe/in oder spezialisiertes Zentrum (fetomaternale Medizin) (Name, Adresse):

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Dokumentierte Serokonversion:  ja  nein

## Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

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

## Exposition

Inkubationszeit: 3 bis 12 Tage

War die Person während der 12 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland exponiert?  ja  nein  unbekannt

Falls ja, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Falls nein, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert? Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt

Hat sich die Person beim ungeschützten Geschlechtsverkehr exponiert?  ja  nein  unbekannt

## Bemerkungen

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

Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> z.B. Guillain-Barré-Syndrom

<sup>c</sup> NAVI = Nationales Zentrum für neuauftretende Viruserkrankungen (<http://virologie.hug-ge.ch>)