



Gelbfieber

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: hämorrhagische Zeichen: _____
 Fieber bis _____°C Hepatitis Albuminurie Niereninsuffizienz
 andere: _____ keine unbekannt
Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt
Labor: Name/Tel.: _____
Anlass: klinischer Verdacht Exposition anderer: _____
Entnahme: Datum: __/__/____
Resultat: Virus in Kultur nachgewiesen pos. Genomtest pos. Serologie negativ Resultat noch ausstehend
 Malaria-tests neg.

Verlauf

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

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: Impfausweis Hausarzt Anamnese
gegen Gelbfieber
geimpft: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt
letzte Dosis: im Jahr: _____ mit Impfstoff, Markenname: _____
Impfstelle, Name/Adresse: _____

Exposition ≤2 Wochen vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ≤ 6 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt
Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: __/__/____ Datum Einreise in CH: __/__/____ unbekannt
Wie: Aufenthalt in ländlichem Gebiet anderes: _____ unbekannt
Exponierte Personen: ja, welche: _____ wie viele: _____ keine unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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