



Hepatitis C

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____

Gender: w m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VGE^b

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

Nationalität: CH andere: _____ Herkunftsland^c: CH anderes: _____

Diagnose und Manifestation

Ich habe für diese(n) Patient/in bereits eine Arztmeldung vollständig ausgefüllt und versendet: ja
Falls «ja», senden Sie dieses Formular bitte direkt an den Kantonsarzt, OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Diagnose dem/r Arzt/Ärztin oder dem/r Patient/in seit mehr als 1 Jahr bekannt: ja, Jahr: _____ nein

Diagnosedatum: __/__/____ (dokumentiert)

Gegenwärtige Manifestationen: Ikterus Transaminase $\geq 2.5x \uparrow$ andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Screening^d anderer: _____ unbekannt

Dokumentierte Serokonversion^e: ja, zuletzt negative Serologie am: __/__/____ nein unbekannt

Verlauf akut chronisch Zirrhose Hepatokarzinom geheilt

Exposition

in den letzten 6 Monaten vor Manifestationsbeginn (oder zum vermuteten Ansteckungszeitpunkt)

Wo: CH Ausland, Land: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ unbekannt

Wie: perinatal

Kontakt mit infizierter Person: in Familie am Arbeitsplatz: _____
 anderer: _____

Sexualkontakt mit infizierter Person: Frau Mann Transgender

Konsum von Drogen (injiziert oder durch die Nase)

Transfusion(en), Jahr(e): _____

Dialyse

Gesundheitsberuf: _____

andere: _____ unbekannt/Übertragungsweg nicht identifizierbar

Exponierte Personen: ja nein unbekannt Falls ja, welche: Sexualpartner/in Haushaltangehörige
 ungeborenes oder neugeborenes Kind andere: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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

^b MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

^c Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.

^d Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder Studienteilnehmende.

^e Vorherige negative Serologie anti-HCV dokumentiert, bitte Kopie des Befundes beilegen.