



Listeriose

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

bitte ALLE beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: bei **erwachsener Person** (ausser schwangerer Frau) sowie einem **Kind** (älter als 1 Monat):

Fieber Meningitis oder Meningoenzephalitis Sepsis

lokalisierte Infektion (z.B. Arthritis, Endokarditis): _____

andere: _____ keine unbekannt

in **Schwangerschaft**:

Abort, Fehlgeburt, Totgeburt Frühgeburt, Schwangerschaftswoche: _____

andere: _____ keine unbekannt

bei **Neugeborenem** (jünger als 1 Monat):

Granulomatosis infantiseptica Meningitis oder Meningoenzephalitis

Sepsis Dyspnoe Haut-, Schleimhaut- oder Bindehautläsionen

andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

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

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Exposition

bis 70 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 3-70 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ ODER Datum der Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Wie: Speisen/Getränke (Einzelheiten): _____

Mutter-Kind Übertragung: _____

andere: _____ unbekannt

Bemerkungen

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>