



# Meningokokken- Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

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

## Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  Meningitis  Sepsis  Arthritis  Gerinnungsstörung/Purpura  
 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom  andere: \_\_\_\_\_

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

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

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material:  Blut  Liquor  anderes: \_\_\_\_\_

## Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss:  Impfausweis  Hausarzt  Anamnese

Geimpft gegen Meningokokken:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

Letzte Dosis im Jahr \_\_\_\_\_ mit Impfstoff (Markenname): \_\_\_\_\_

## Exposition

≤14 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-10 Tage)

Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ oder Datum Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  in Lager  in Militär  In Kinderkrippe  In Schule  In MSM<sup>b</sup>-Setting  
 Kontakt zu laborbestätigtem Meningokokkenfall  andere (z.B. Labor): \_\_\_\_\_  unbekannt

Exponierte Personen:  ja, welche: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

Getroffene Massnahmen: was? bei wem? \_\_\_\_\_

## Risikofaktoren

angeborenes Immundefizit<sup>c</sup>, welches: \_\_\_\_\_

erworbenes Immundefizit, welches: \_\_\_\_\_

andere (z.B. homozygoter Protein-S- / C-Mangel), welche: \_\_\_\_\_

Asplenie (funktionelle / anatomische)

keine

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> MSM: Männer, die Sex mit Männern haben.

<sup>c</sup> z.B.: Defizite der Terminalfaktoren des Komplementsystems, Defekte bei der Komplementaktivierung des alternativen Wegs, mangelnde Immunantwort auf Polysaccharide, Mangel an Mannose-bindendem Lektin