



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsarzt/-ärztin senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Kongenitale Röteln

Ergänzungsmeldung

**Blatt1: SCHWANGERE FRAU / MUTTER**

**Patientin: SCHWANGERE / MUTTER (siehe Rückseite für das Kind)**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

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

## Diagnose und Manifestation

Auftreten der Röteln (Ausbruch oder laboranalytischer Befund) während der \_\_\_\_ Woche der Schwangerschaft.

Vor der Schwangerschaft: Röteln-Serologie (IgG):

ja, Resultat: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

Während der Schwangerschaft und Geburt:

Analyse 1: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 2: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 3: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

## Verlauf

Konsequenz:  Fehlgeburt  Schwangerschaftsabbruch  Embryopathie  keine  noch ungewiss

## Bemerkungen

**Bitte füllen Sie für das Kind in jedem Fall Blatt 2 aus, auch wenn die Röteln bei ihm noch nicht durch einen laboranalytischen Befund bestätigt sind. Vielen Dank, wenn Sie dazu Kontakt mit dem Pädiater aufnehmen oder seine Kontaktdaten hier vermerken.**

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

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

**Kantonsarzt/-ärztin**

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

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



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsarzt/-ärztin senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Kongenitale Röteln

Ergänzungsmeldung

## Blatt 2: KIND

### Angaben zum KIND<sup>b</sup> / zur TOTGEBURT (siehe Vorderseite für Schwangere / Mutter)

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

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

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

Bei der Geburt: Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ gr Grösse: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

### Diagnose und Manifestation

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Katarakt                         | <input type="checkbox"/> kongenitales Glaukom        | <input type="checkbox"/> Embryopathie  |
| <input type="checkbox"/> Hörbeschwerden                   | <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa        | <input type="checkbox"/> Purpura   |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalie oder Splenomegalie | <input type="checkbox"/> Mikrozephalie               | <input type="checkbox"/> mentale Retardierung                                  |
| <input type="checkbox"/> Meningoenzephalitis              | <input type="checkbox"/> metaphysäre Knochenläsionen | <input type="checkbox"/> Ikterus, innerhalb von 24h nach der Geburt auftretend |
| <input type="checkbox"/> andere: _____                    |  | <input type="checkbox"/> keine   |

Analyse 1: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 2: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 3: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

### Verlauf

Tod:  ja, Todesdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

Autopsie:  ja

### Bemerkungen

Bitte füllen Sie für die Mutter dieses Kindes in jedem Fall Blatt 1 aus, auch wenn die Röteln in der Schwangerschaft nicht nachgewiesen werden konnten. Vielen Dank, wenn Sie dazu Kontakt mit dem Gynäkologen/Allgemeinmediziner aufnehmen oder seine Kontaktdaten hier vermerken.

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

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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

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

<sup>b</sup> Für alle Säuglinge ausfüllen, wenn sie von einer Mutter mit bestätigten Röteln in der Schwangerschaft geboren wurden oder beim Neugeborenen Röteln diagnostiziert wurden oder beim Verdacht auf kongenitale Röteln