



# Haemophilus influenzae Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

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

## Patient/in

Initiale Name: \_\_\_\_\_ Initiale Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  Epiglottitis  Meningitis  Pneumonie  Zellulitis (phlegmonöse Hautveränderung)  Arthritis  
 Sepsis  andere: \_\_\_\_\_  
Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
 unbekannt

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 Hib:  ja, mit total \_\_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt  
Dosis:    Markenname des Impfstoffs:    Datum:  
1    \_\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
2    \_\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
3    \_\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
4    \_\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

## Risikofaktoren

Asplenie (funktionelle / anatomische)  
 angeborenes Immundefizit<sup>b</sup>, welches: \_\_\_\_\_  
 erworbenes Immundefizit<sup>c</sup>, welches: \_\_\_\_\_  
 andere, welche: \_\_\_\_\_  
 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> z.B.: Agammaglobulinämie, C1–C3 Komplementdefizit

<sup>c</sup> z.B.: multiples Myelom, lymphatische Leukämie, Transplantation