



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

# Hepatitis A

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

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

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

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

### Diagnose und Manifestation

Diagnosedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Manifestationen:  Ikterus  Transaminase  $\geq 2.5 \times \uparrow$   Fieber  andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

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

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

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  anderer: \_\_\_\_\_  unbekannt

### Verlauf

Hospitalisation:  ja  nein  unbekannt falls ja, Grund:  Hepatitis A  anderer

Komplikationen:  ja, welche: \_\_\_\_\_  keine

Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Todesursache:  Hepatitis A  andere  unbekannt

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

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

Impfstoff (Markenname), erste Dosis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Impfstoff (Markenname), letzte Dosis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Exposition

In den letzten 2 Monaten vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 15-50 Tage)

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

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ODER Datum der Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  Speisen/Getränke (Einzelheiten): \_\_\_\_\_

Kontakt mit infizierter Person:  in Familie  am Arbeitsplatz/Schule: \_\_\_\_\_  
 anderer: \_\_\_\_\_

Sexualkontakt mit infizierter Person:  Frau  Mann

Konsum von injizierbaren Drogen (IDU)

andere: \_\_\_\_\_  unbekannt

Exponierte Personen:  ja  nein  unbekannt falls ja, welche:  Arbeit in Lebensmittelbranche  Haushaltangehörige

Krippe  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: \_\_\_\_\_

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