



# West-Nil-Fieber

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

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

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  Fieber oder Fieber gemäss Anamnese  Meningitis  Enzephalitis  
 andere: \_\_\_\_\_  keine

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

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

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

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Dokumentierte Serokonversion:  ja  nein

### Verlauf

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

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

### Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?	geimpft?	
Gelbfieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____		
Dengue:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____		

### Exposition Inkubationszeit: 2 - 14 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 14 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten?  ja  nein  unbekannt

falls ja, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  Mückenstich  
 Kontakt mit Vögeln  
 Bluttransfusion/Transplantation, Datum der Transfusion/Transplantation: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Institution (Name, Adresse): \_\_\_\_\_  
 andere: \_\_\_\_\_  
 unbekannt

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

**Bemerkungen**

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

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_