



# Protokoll einer telefonischen Erstmeldung\*

\*auszufüllen bei Verdacht auf Milzbrand (Anthrax), Botulismus, Pocken, Pest, Influenza A(HxNy) neuer Subtyp, SARS und MERS Coronavirus, Virale Hämorrhagische Fieber (VHF) oder aussergewöhnlicher klinischer Befund

**Dieses Protokoll ist durch den Kantonsarzt auszufüllen (im Ausnahmefall auch durch das BAG). Es ist sicherzustellen, dass das BAG die Meldung innert 2 Stunden nach Feststellung des Verdachts bzw. Befunds erhält (Faxkopie an 058 463 87 77).**

Symbole: ?=unbekannt; SP= Spitalarzt; KA= Kantonsärztin/-arzt

## Patient/in

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

Geschlecht:  w  m Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Domizil:  CH  Ausland: \_\_\_\_\_

Falls CH: Wohnadresse: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

## Verdachtsdiagnose (gemäss Meldekriterien des BAG)

andere Form: \_\_\_\_\_

**Milzbrand (Anthrax)**  Hautmilzbrand  \_\_\_\_\_

**Botulismus**  Nahrungsmittelbotulismus  \_\_\_\_\_

**Virale Hämorrhagische Fieber**  Lassa  Ebola  \_\_\_\_\_

Marburg  Krim-Kongo  \_\_\_\_\_

**Pest**  Lungenpest  Beulenpest  \_\_\_\_\_

**Influenza A(HxNy)**

**SARS**  **MERS Coronavirus**

**Pocken**

**Aussergewöhnlicher klinischer Befund:** \_\_\_\_\_

Konsultierte/r Infektiologin/-e: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## Exposition (gemäss Meldekriterien des BAG)

Spital, Praxis  Labor  Reise  Bauernhof, Tiermarkt, Vetpraxis  andere: \_\_\_\_\_

Land/Ort der Exposition: \_\_\_\_\_

## Sofortmassnahmen

**falls nein, Aus-  
führung durch<sup>a</sup>:**

### Patient/-in

Spital (Name, Tel, Fax) \_\_\_\_\_

Patient/in isoliert?  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

Therapie eingeleitet?  ja  nein  ?  KA  SP  \_\_\_\_\_

### Diagnostik

Labor (Name, Tel, Fax) \_\_\_\_\_

Labor vorab informiert?  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

### Prävention weiterer Fälle

Massnahmen beim Medizinalpersonal?  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Massnahmen bei Kontaktpersonen?

- Kontakte identifiziert  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

- Kontakte informiert  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

- Prophylaxe verabreicht  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

- Quarantäne angeordnet  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

- medizin. Nachbetreuung sichergestellt  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

Umgebung desinfiziert/dekontaminiert?  ja  nein  KA  SP  \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

Erfasser/in der Meldung \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Bitte vereinbaren, wer die Umsetzung der Massnahmen einleitet bzw. sicherstellt!