



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsarzt/-ärztin senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Masern

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 (bitte ALLE beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestation: makulopapulöses Exanthem; Beginn des Exanthems (oder Symptome falls kein Exanthem): __/__/____ unbekannt

Fieber Husten Konjunktivitis Rhinitis andere: _____ keine Symptome

Konsultationsdatum: __/__/____

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: __/__/____

Resultat, falls bekannt: Masern-IgM: pos. neg. Genomtest (PCR): pos. neg. unbekannt

Verlauf

Hospitalisation: ja, Name und Adresse des Spitals: _____ nein

Komplikationen: Pneumonie Enzephalitis Otitis media andere: _____ keine

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: Impfausweis/Krankengeschichte Anamnese

Geimpft gegen Masern: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

Erste Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: __/__/____

Zweite Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: __/__/____

Exposition in den 7 - 21 Tagen vor Beginn des Exanthems

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort (CH & Ausland): _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____

Aufenthalt im Ausland (oder in der CH für Ausländer), Beginn: __/__/____ Ende: __/__/____ unbekannt

Wie: Krippe Schule Familie andere: _____ unbekannt

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ja nein unbekannt

Weitere Fälle im Umfeld: ja, welche: _____ wie viele: _____ nein unbekannt

Exponierte Personen während der infektiösen Periode (4 Tage vor bis 4 Tage nach Exanthembeginn):

Familie / soz. Umfeld Arbeit, Krippe, Schule, Sportteam

Spital, Heim, Praxis identifizierbare Passagiere (Flug, Kreuzfahrt, Pauschalreise)

andere: _____

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin Kenntnis von diesem Fall erstmals erhalten am : __/__/____ (per Fax, Post, Telefon, Mail, etc.)

Massnahmen: nein ja: _____ Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter www.bag.admin.ch/infreporting