



# Ebola-Fieber

Meldung zum klinischen Befund  
Ergänzend zur telefonischen Meldung,  
die in 2 Stunden zu erfolgen hat.

Bitte ausfüllen und umgehend an  
BAG und Kantonsärztin/-arzt  
senden.<sup>a</sup>

## Patient/in

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

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

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

## Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  akutes Fieber  $\geq 38,5$  °C: \_\_\_\_ °C  hämorrhagische Zeichen  
 andere Symptome: \_\_\_\_\_  keine

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

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

Referenzlabor NAVI in Genf (<http://virologie.hug-ge.ch>)

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

Labor wurde vorab informiert

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_  kein Labor

## Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Spital (Name Abteilung, Tel.): \_\_\_\_\_  nein

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

## Exposition

In den letzten 21 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: Aufenthalt in einem Endemiegebiet?  ja  nein

Falls ja:  Ausland Land: \_\_\_\_\_ Orte: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Falls nein:  CH Ort/Gebiet: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  in Familie  als Medizinal- oder Pflegepersonal  andere Kontakte: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: von: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Reisetätigkeit nach Manifestationsbeginn?  ja  nein  unbekannt

Falls ja: Wurden Flugreisen unternommen?  ja  nein am: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ; \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

## Massnahmen

Patient isoliert:  ja  nein Beginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Kontaktpersonen identifiziert:  ja  nein falls ja, Anzahl: \_\_\_\_\_  Suche noch nicht eingeleitet

Falls ja: informiert:  ja  nein  
unter Quarantäne:  ja  nein

Andere Massnahmen: \_\_\_\_\_

## Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

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

## Kantonsarzt/-ärztin

Weitere Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_

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

<sup>a</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting)