



Haemophilus influenzae Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/_____
Geschlecht: w m
PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____
Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: Epiglottitis Meningitis Pneumonie Zellulitis (phlegmonöse Hautveränderung) Arthritis
 Sepsis andere: _____
Manifestationsbeginn: Datum: __/__/_____
 unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____
Entnahmedatum: __/__/_____
Material: Blut Liquor anderes: _____

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/_____
 nein unbekannt
Zustand: Tod, Datum: __/__/_____
 andere: _____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: Impfausweis Hausarzt Anamnese
geimpft gegen Hib: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt
Dosis: Markenname des Impfstoffs: Datum:
1 _____ __/__/_____
2 _____ __/__/_____
3 _____ __/__/_____
4 _____ __/__/_____

Risikofaktoren

Asplenie (funktionelle / anatomische)
 angeborenes Immundefizit^b, welches: _____
 erworbenes Immundefizit^c, welches: _____
 andere, welche: _____
 keine
 unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: __/__/_____
Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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

^b z.B.: Agammaglobulinämie, C1–C3 Komplementdefizit

^c z.B.: multiples Myelom, lymphatische Leukämie, Transplantation