



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

Hepatitis A

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

Diagnosedatum: __/__/____

Manifestationen: Ikterus Transaminase $\geq 2.5 \times \uparrow$ Fieber andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition anderer: _____ unbekannt

Verlauf

Hospitalisation: ja nein unbekannt falls ja, Grund: Hepatitis A anderer

Komplikationen: ja, welche: _____ keine

Zustand: Tod, Datum: __/__/____ Todesursache: Hepatitis A andere unbekannt

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Geimpft gegen Hepatitis A: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

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

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

Exposition

In den letzten 2 Monaten vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 15-50 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ ODER Datum der Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Wie: Speisen/Getränke (Einzelheiten): _____

Kontakt mit infizierter Person: in Familie am Arbeitsplatz/Schule: _____
 anderer: _____

Sexualkontakt mit infizierter Person: Frau Mann

Konsum von injizierbaren Drogen (IDU)

andere: _____ unbekannt

Exponierte Personen: ja nein unbekannt falls ja, welche: Arbeit in Lebensmittelbranche Haushaltangehörige

Krippe andere: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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