



Meldung zum laboranalytischen Befund

Blatt 1

Innerhalb von zwei Stunden den pos/neg. Befund telefonisch melden, zusätzlich spezielles Formular (ergänzendes Protokoll) ausgefüllt an Kantonsarzt/-ärztin und BAG senden. **Proben sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum zu senden.**

- Aussergewöhnlicher laboranalytischer Befund (gilt auch für Befunde, welche nicht oder nicht innert 2 Stunden meldepflichtig sind)
- *Bacillus anthracis* (negative Befunde aus Umweltproben nicht melden)
- *Clostridium botulinum* (Wund- und Säuglingsbotulismus nicht melden)
- Influenza A(HxNy)-Virus neuer Subtyp mit pandemischem Potential (Befunde von Antigen-Schnelltest nicht melden)
- Coronaviren MERS / SARS
- Pockenviren *Variola / Vaccinia*
- Virale hämorrhagische Fiebertypen, Mensch-zu-Mensch übertragen (Ebola-, Krim-Kongo-, Lassa- oder Marburg-Virus)
- *Yersinia pestis*

Innerhalb 24 Stunden melden

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter spp.</i>
Falls bekannt: Spezies angeben | <input type="checkbox"/> Hepatitis-A-Virus | <input type="checkbox"/> Rabiesvirus ^b
Negativen Befund auf Nachfrage der Gesundheitsbehörden melden |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya-Virus | <input type="checkbox"/> Hepatitis-E-Virus
nur Genomsequenz (PCR) | <input type="checkbox"/> Rötelnvirus ^f
Falls bekannt: schwache IgG-Avidität und IgG-Persistenz bei Alter von über 6 Monaten angeben |
| <input type="checkbox"/> Corynebakterien, toxinbildend
<i>C. diphtheriae, C. ulcerans, C. pseudotuberculosis</i> ;
Falls bekannt: Typ angeben;
Toxin-Gen: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ | <input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> ^c
Falls bekannt: Typ angeben | <input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i>
Falls bekannt: Spezies, Typ angeben; Isolate aller Nicht-Enteritidis-Serotypen ans NENT senden |
| <input type="checkbox"/> Dengue-Virus
Offensichtliche Kreuzreaktionen <u>nicht</u> melden | <input type="checkbox"/> Masernvirus
PCR (RNA): <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ | <input type="checkbox"/> <i>Shigella spp.</i>
Falls bekannt: Spezies angeben |
| <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> , enterohämorrhagische
EHEC, VTEC, STEC
Falls bekannt: Serotyp und Toxintyp angeben | <input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i> -Komplex
Spezielles Meldeformular verwenden | <input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> ^c
Serotyp und Toxin nachweis angeben |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber-Virus ^b
Negativen Befund auf Nachfrage der Gesundheitsbehörden melden | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> ^{c, d}
Mikroskopie: nur gram-neg. Diplokokken im Liquor;
Antigen: nur im Liquor;
Falls bekannt: Serogruppe angeben | <input type="checkbox"/> Zika-Virus ^e |
| <input type="checkbox"/> Poliovirus ^b
Falls bekannt: Titeranstieg $\geq 4x$ oder Serokonversion angeben | <input type="checkbox"/> Häufung laboranalytischer Befunde: _____
Nicht namentlich melden. Unter "weitere Angaben" Details zu Anzahl Personen, Alter, Zeitraum, Ort etc. angeben. | |

Labordiagnose

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr							

Nachweisdatum / Testdatum:

Tag	Monat	Jahr							

Untersuchungsmaterial: _____

Spezies, Typ, Interpretation und weitere Angaben:

.....

.....

.....

Nachweismethode(n) mit positivem Resultat:

- Kultur/Isolat
- Genomsequenz (DNA/RNA)
- Antigen
- Mikroskopie
- Toxin
- Serologie / Antikörper
 - Serokonversion
 - IgM
 - IgG Titeranstieg $\geq 4x$
- _____
Andere Nachweismethode(n)

Patient/in

bei *Campylobacter spp.* Initialen angeben

Initiale Name: _____	Initiale Vorname: _____
----------------------	-------------------------

sonst vollen Namen + Strasse angeben

Name: _____	Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____	

Geburtsdatum: ___/___/___ Geschlecht: w m

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggebender Arzt

Name, Adresse, Tel., Fax, Institution, Abteilung: _____

Meldendes Labor

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

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter www.bag.admin.ch/infreporting.
^b Proben sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.
^c Isolate sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.
^d Nur von normalerweise sterilem Material (wie Blut, Liquor, Gelenkflüssigkeit; *kein* Urin).
^e Proben von Schwangeren sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.
^f Proben mit PCR-positivem Befund sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.



Meldung zum laboranalytischen Befund Blatt 2

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an
BAG und Kantonsärztin/-arzt senden.^a
BAG, Ärztlicher Dienst Meldesystem,
3003 Bern, Fax: 058 463 87 77

Innerhalb einer Woche melden

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Brucella spp.</i>
Falls bekannt: Spezies angeben | <input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Virus
<input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM <input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> HBe Ag | <input type="checkbox"/> Prionen ^e
<input type="checkbox"/> Histologie <input type="checkbox"/> PrP ^{SC} -Nachweis
<input type="checkbox"/> 14-3-3 Proteine im Liquor bei CJD-Verdacht |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>
Nur Befunde aus Proben des Genitaltrakts melden | <input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Virus
<input type="checkbox"/> Anti-HCV mit pos. Bestätigungstest
<input type="checkbox"/> Core-Antigen | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> ^{c, d}
Falls bekannt: Typ angeben |
| <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i>
Nur akute Infektionen melden;
bei S: nur Angaben zu spezifischen IgG
und IgM gegen Antigene der Phase II | <input type="checkbox"/> HIV
Spezielles Meldeformular verwenden | <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i>
Keine Nachweismethode ankreuzen.
Positive VDRL/RPR allein oder mit negativen
spezifischen Tests (TPHA/TPPA, FTA-Antikörper)
nicht melden. |
| <input type="checkbox"/> Carbapenemase bildende
Enterobacteriaceae
Falls bekannt: Spezies, Genotyp und
weitere Resistenzen angeben | <input type="checkbox"/> Influenza-Virus, saisonal
Falls bekannt: Typ/Subtyp angeben | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella spiralis</i>
Falls bekannt: Spezies angeben |
| <input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Legionella spp.</i> ^c | <input type="checkbox"/> West-Nil-Virus (WNV) ^b
Falls bekannt: Unterscheidung WNV/Kunjiin;
Falls WNV: Abstammungslinie I oder II angeben |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> ^d
Falls bekannt: Typ angeben | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | <input type="checkbox"/> Zeckenzephalitis-Virus |
| <input type="checkbox"/> Hanta-Virus
Falls bekannt: Typ angeben | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium spp.</i>
Falls bekannt Spezies angeben | |

Labordiagnose

Entnahmedatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

Nachweisdatum /
Testdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

Untersuchungsmaterial: _____

Spezies, Typ, Interpretation und weitere Angaben:

.....
.....
.....

Nachweismethode(n) mit positivem Resultat:

- Kultur/Isolat

 Genomsequenz (DNA/RNA)

 Antigen

 Mikroskopie

 Toxin

Serologie / Antikörper
 Serokonversion

 IgM

 IgG Titeranstieg ≥4x

Andere Nachweismethode(n)

Patient/in

bei HBV, HCV, *Legionella spp.* und Prionen **vollen Namen + Strasse** angeben

Name: _____	Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____	

sonst **Initialen** angeben

Initiale Name: _____	Initiale Vorname: _____
----------------------	-------------------------

Geburtsdatum: ___/___/___ Geschlecht: w m

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggebender Arzt

Name, Adresse, Tel., Fax, Institution, Abteilung:

Meldendes Labor

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

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

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

^b Proben sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^c Isolate sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^d Nur von normalerweise sterilem Material (wie Blut, Liquor, Gelenkflüssigkeit; *kein* Urin).

^e Proben sind bei Verdacht auf vCJK an das vom BAG bezeichnete Labor zu senden.