



Bitte ausgefüllt innerhalb 1  
Woche an Kantonsärztin/-arzt<sup>a</sup>  
senden (nicht direkt ans BAG).<sup>b</sup>

# Tuberkulose (TB)

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

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

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

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

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Bei Personen mit Nationalität/Geburtsland anders als CH, Datum der Einreise in die Schweiz (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

- Befallene Organe:
- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lunge       | <input type="checkbox"/> intrathorakale Lymphknoten           | <input type="checkbox"/> extrathorakale Lymphknoten   |
| <input type="checkbox"/> Pleura      | <input type="checkbox"/> Meningen                             | <input type="checkbox"/> ZNS (nicht meningeal)        |
| <input type="checkbox"/> urogenital  | <input type="checkbox"/> Peritoneum/Verdauungstrakt           | <input type="checkbox"/> disseminierte Form           |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule) | <input type="checkbox"/> andere Lokalisationen: _____ |

Labor: Name/Tel: \_\_\_\_\_

Bei mehreren Proben aus dem gleichen Material mit diskordantem Resultat: bitte nur die positiven Resultate ankreuzen.

|                                      | Direkte PCR (Xpert o. ä.) |                          |                          |                          | Mikroskopie              |                          |                          |                          | Kultur                   |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                      | pos                       | neg                      | aus-<br>stehend          | nicht<br>durchgeführt    | pos                      | neg                      | aus-<br>stehend          | nicht<br>durchgeführt    | pos                      | neg                      | aus-<br>stehend          | nicht<br>durchgeführt    |
| Sputum                               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronchialsekret/<br>-aspirat/-lavage | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderes Material: _____              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Verlauf

- Anamnese: Wurde jemals eine TB diagnostiziert?  ja  nein  unbekannt  
 Falls ja, Datum der Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_  unbekannt  
 Frühere Behandlung mit Antituberkulotika während > 1 Monat?  ja  nein  unbekannt  
 Falls ja, wann (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_  unbekannt

Aktuelle Therapie: Datum Therapiebeginn (oder der Diagnose falls keine Behandlung begonnen): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medikamente bei Beginn der Behandlung:  Isoniazid  Rifampicin  Pyrazinamid  Ethambutol

anderes Antituberkulotikum: \_\_\_\_\_

Falls keine Behandlung, Tod vor Therapiebeginn?  ja  nein

### Bemerkungen

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

Behandelnde/r Arzt/Ärztin Name, Adresse \_\_\_\_\_

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

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Massgeblich ist der Wohnkanton des/der Patienten/in, bei fehlendem Wohnkanton der Ort der Behandlung. Bitte melden Sie alle kulturell bestätigten Tuberkulosefälle sowie alle anderen Fälle, bei denen eine Behandlung mit mindestens drei Medikamenten begonnen wurde.  
<sup>b</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting)