



# Mpox

## Meldung zum klinischen Befund innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt.<sup>a</sup>

### Patient/in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Gender: w m trans (MtF)<sup>b</sup> trans (FtM)<sup>b</sup> VGE<sup>b</sup>

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

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

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

### Diagnose und Manifestation

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Symptome: Manifestationsbeginn: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hautläsionen wie Bläschen/Pusteln/Krusten:  genital/anal  Gesicht  Extremitäten  andere Lokalisationen

Lymphadenopathie  Myalgie  Kopfschmerzen  Rückenschmerzen  Asthenie  akut auftretendes Fieber (>38,5°C)

keine  andere: \_\_\_\_\_

### Exposition In den letzten 21 Tagen vor Manifestationsbeginn.

Wo: Land der Exposition: \_\_\_\_\_ Ort der Exposition: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  unbekannt

Wie: Wahrscheinlicher Übertragungsweg:  Sexualkontakt mit:  w  m  andere  Kontakt im Haushalt  
 Kontakt als Medizinal- / Pflegepersonal  Kontakt mit (potenziell) infizierten Wildtieren  
 anderer: \_\_\_\_\_

Kontakt mit laborbestätigtem Affenpocken-Fall:  ja  nein  unbekannt

### Nach Manifestationsbeginn:

Enger Personenkontakt:  ja  nein  unbekannt Bemerkung: \_\_\_\_\_

Internationale Reisetätigkeit:  ja  nein  unbekannt Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Impfstatus** Pockenimpfung (frühere Pockenimpfprogramme):  ja  nein  unbekannt gemäss:  Impfausweis  Anamnese

Affenpockenimpfung:  ja  nein  unbekannt gemäss:  Impfausweis  Anamnese

**Verlauf** Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  nein  unbekannt

Therapie:  Tecovirimat  andere antivirale Medikamente: \_\_\_\_\_

Todesfolge:  ja, Todesdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Todesursache:  Affenpocken  andere  unbekannt

**Sofortmassnahmen** Massnahmen bei laborbestätigtem Fall:  ja  nein

Massnahmen bei Kontaktpersonen:  ja  nein/nicht notwendig

Massnahmen bei Gesundheitsfachpersonen:  ja  nein/nicht notwendig

### Bemerkungen

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

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

**Kantonsarzt/-ärztin** Name, Adresse, Tel., (oder Stempel)

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

<sup>a</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).