



# Aussergewöhnlicher epidemiologischer Befund in Spitälern

Innerhalb von 24h an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

## Erreger

Identifizierter Erreger:  Candida auris  anderer: \_\_\_\_\_

Phänotypische Resistenz: \_\_\_\_\_ Genotypische Resistenz: \_\_\_\_\_

Genomische Typisierung gemacht oder vorgesehen:  ja  nein Ergebnisse: \_\_\_\_\_

Vermutete Übertragungswege:  Mensch-zu-Mensch (direkte Übertragung)  Umwelt (indirekte Übertragung durch die Umwelt)

Umweltquelle (über eine gemeinsame Quelle) oder kontaminiertes Medizinprodukt

unbekannt  sonstige: \_\_\_\_\_

## Betroffene/r Patient/in

Hospitalisation: Eintrittsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Spital: \_\_\_\_\_

Abteilung/en: \_\_\_\_\_

Aktueller Aufenthaltsort:  stationär  verlegt am \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_

Austritt nach Hause am \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  verstorben

Erste positive Proben: Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Art der Probe:  Blut  Stuhl  Urin  Wunden  Zerebrospinalflüssigkeit

Abstrich intakte Haut/Schleimhaut  Abszess  sonstige: \_\_\_\_\_

Grund der Entnahme:  Screening  Klinische Indikation: \_\_\_\_\_

sonstige: \_\_\_\_\_

## Expositionsort

Spital: Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

Sozialmedizinische Institution: Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

unbekannt  sonstige: \_\_\_\_\_

## Weitere Patient/innen

Anzahl Fälle mit symptomatischer Infektion: \_\_\_\_\_ Anzahl Träger/innen ohne symptomatische Infektion: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kontakte: \_\_\_\_\_

Anzahl Patient/innen, die einem Screening unterzogen wurden: \_\_\_\_\_ davon Anzahl positiv: \_\_\_\_\_ negativ: \_\_\_\_\_ ausstehend: \_\_\_\_\_

## Im Spital getroffene und geplante Massnahmen

Massnahmen für identifizierte Fälle:  Isolation aller Fälle

Kontaktaufnahme mit der zuweisenden Einrichtung  Kontaktaufnahme mit der Zieleinrichtung bei Austritt

Massnahmen für Kontakte:  Eine Definition für Kontakte liegt vor, nämlich: \_\_\_\_\_

Isolation aller Kontakte  Screening aller Kontakte  Kontaktaufnahme mit der Zieleinrichtung bei Austritt

Weitere Screenings:  Wiederholte Querschnittscreenings: Abteilungen: \_\_\_\_\_ Intervall: \_\_\_\_\_

Screening aller Patient/innen, die ein bestimmtes Kriterium erfüllen, Kriterium: \_\_\_\_\_

Screening von Umweltproben, Geräten  Kein Screening durchgeführt, Grund: \_\_\_\_\_

Weitere Massnahmen: \_\_\_\_\_

Kommentare: \_\_\_\_\_

## Kontaktangaben der meldenden Stelle (Name, Adressen, Tel., E-Mail)

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

## Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  keine  Information an die anderen Spitälern des Kantons

weitere: \_\_\_\_\_

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

<sup>a</sup> Informationen zur Meldung von Infektionskrankheiten: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>