



Chikungunya-Fieber

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestation: Fieber oder Fieber gemäss Anamnese Gelenkschmerzen (Polyarthritits) Muskelschmerzen Hautausschlag hämorrhagische Zeichen
 Kopfschmerzen andere: _____ keine

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition anderer: _____

Entnahme: Datum: __/__/____ Material: _____

Dokumentierte Serokonversion: ja nein

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ nein unbekannt

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Exposition

Inkubationszeit: 3 bis 12 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 12 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten? ja nein unbekannt

Falls **ja**, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

Falls **nein**, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert?

Ort: _____ unbekannt

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: __/__/____ Datum Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Bemerkungen

Arzt/Ärztin

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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