



Meldung zum laboranalytischen Befund

Blatt 1

Umgehend senden an BAG und Kantonsarzt/-ärztin.^a

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"/> Affenpocken-Virus

<input type="checkbox"/> <i>Campylobacter spp.</i>
Falls bekannt: Spezies angeben

<input type="checkbox"/> Chikungunya-Virus

<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"/> Dengue-Virus
Offensichtliche Kreuzreaktionen <u>nicht</u> melden

<input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> , enterohämorrhagische ^b
EHEC, VTEC, STEC
Falls bekannt: Serotyp und Toxintyp angeben

<input type="checkbox"/> Gelbfieber-Virus ^b
Negativen Befund auf Nachfrage der Gesundheitsbehörden melden | <input type="checkbox"/> Hepatitis-A-Virus

<input type="checkbox"/> Hepatitis-E-Virus
nur Genomsequenz (PCR)

<input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> ^c
Falls bekannt: Typ angeben

<input type="checkbox"/> Masern-Virus ^g
PCR (RNA): <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

<input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i> -Komplex
Spezielles Meldeformular verwenden

<input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> ^{c, d, f}
Mikroskopie: nur gram-neg. Diplokokken im Liquor;
Antigen: nur im Liquor;
Falls bekannt: Serogruppe angeben

<input type="checkbox"/> Polio-Virus ^b
Falls bekannt: Titeranstieg $\geq 4x$ oder Serokonversion angeben | <input type="checkbox"/> Rabies-Virus ^b
Negativen Befund auf Nachfrage der Gesundheitsbehörden melden

<input type="checkbox"/> Röteln-Virus ^{f, g}
Falls bekannt: IgG-Avidität und IgG-Persistenz bei Alter von über 6 Monaten angeben

<input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i>
Falls bekannt: Spezies, Typ angeben; Isolate aller Nicht-Enteritidis-Serotypen ans NENT senden

<input type="checkbox"/> <i>Shigella spp.</i>
Falls bekannt: Spezies angeben

<input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> ^c
Serotyp und Toxinnachweis angeben

<input type="checkbox"/> West-Nil-Virus (WNV) ^b
Falls bekannt: Unterscheidung WNV/Kunjiin;
Falls WNV: Abstammungslinie I oder II angeben

<input type="checkbox"/> Zika-Virus ^e |
|--|---|---|

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kultur/Isolat | <input type="checkbox"/> Mikroskopie |
| <input type="checkbox"/> Genomsequenz (DNA/RNA) | <input type="checkbox"/> Toxin |
| <input type="checkbox"/> Antigen | |
| Serologie / Antikörper | <input type="checkbox"/> Serokonversion |
| | <input type="checkbox"/> IgM |
| | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> Titeranstieg $\geq 4x$ |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Patient/in

bei *Campylobacter spp.* und West-Nil-Virus Initialen angeben

sonst vollen Namen + Strasse angeben

Initiale Name: ____ Initiale Vorname: ____

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

Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: w m

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

Auftraggebender Arzt

Name, Adresse, Tel., Institution, Abteilung:

Meldendes Labor

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://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.
^g Weitere Resultate müssen unter «Nachweismethode(n) mit positivem Resultat» gemeldet werden.



Meldung zum laboranalytischen Befund Blatt 2

Innerhalb 1 Woche senden an BAG und Kantonsärztin/-arzt.^a

Innerhalb einer Woche melden

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Brucella spp.</i>
Falls bekannt: Spezies angeben | <input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Virus ^f
<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; Angaben zum Typ nicht nötig | <input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Virus ^f
<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 ^b
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"/> Zeckenenzephalitis-Virus |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> ^d
Falls bekannt: Typ angeben | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | |
| <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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kultur/Isolat | <input type="checkbox"/> Mikroskopie |
| <input type="checkbox"/> Genomsequenz (DNA/RNA) | <input type="checkbox"/> Toxin |
| <input type="checkbox"/> Antigen | |
| Serologie / Antikörper | <input type="checkbox"/> Serokonversion |
| | <input type="checkbox"/> IgM |
| | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> Titeranstieg ≥4x |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

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., Institution, Abteilung:

Meldendes Labor

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

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://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.
^f Positive PCR-Resultate müssen unter «Genomsequenz (DNA/RNA)» gemeldet werden.