



Haemophilus influenzae Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m
PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____
Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: Epiglottitis Meningitis Pneumonie Zellulitis (phlegmonöse Hautveränderung) Arthritis
 Sepsis andere: _____

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____
Entnahmedatum: __/__/____ Material: Blut Liquor anderes: _____

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: Impfausweis Hausarzt Anamnese

geimpft gegen Hib: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

Dosis:	Markenname des Impfstoffs:	Datum:
1	_____	__/__/____
2	_____	__/__/____
3	_____	__/__/____
4	_____	__/__/____

Risikofaktoren

Asplenie (funktionelle / anatomische)
 angeborenes Immundefizit^b, welches: _____
 erworbenes Immundefizit^c, welches: _____
 andere, welche: _____
 keine
 unbekannt

Bemerkungen

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): _____

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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

^b z.B.: Agammaglobulinämie, C1–C3 Komplementdefizit

^c z.B.: multiples Myelom, lymphatische Leukämie, Transplantation