



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

Tuberkulose (TB) Ergänzungsmeldung

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ___/___/_____ Geschlecht: w m

Verlauf

Datum des Behandlungsbeginns: ___/___/_____

Datum der klinischen Beurteilung: ___/___/_____

Behandlungsergebnis/Behandlungsabschluss: ___/___/_____

Datum der letzten Tabletteneinnahme: ___/___/_____

Behandlungsergebnis

Bitte nur **eine** Antwort ankreuzen

- Geheilte Lungentuberkulose:** Patient mit beim Behandlungsbeginn bakteriologisch bestätigter Lungentuberkulose, der gemäss Richtlinien vollständig behandelt wurde und bei dem der Erfolg mikrobiologisch bestätigt wurde. Bei resistenter Tuberkulose muss die Konversion mittels Kultur nachgewiesen werden.
- Therapie abgeschlossen:** Patient, bei dem die Behandlung klinisch als Erfolg beurteilt wird und der gemäss Richtlinien vollständig behandelt wurde, eine mikrobiologische Bestätigung aber nicht möglich respektive nicht zumutbar ist.
- Therapieversagen:** Patient, bei dem die Behandlung mit Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol und/oder Pyrazinamid gewechselt werden muss, weil
- die Behandlung klinisch nicht anspricht und/oder die Kulturen positiv bleiben.
 - unerwünschte Wirkungen auf die Medikamente aufgetreten sind.
 - das Labor Resistenzen meldet.
- Todesfall:** Patient, der vor Behandlungsbeginn oder während der Behandlung aufgrund von TB oder anderen Gründen verstorben ist.
- Therapieunterbruch:** Patient, bei dem die Behandlung während mehr als 2 aufeinander folgenden Monate oder länger unterbrochen wurde.
- Überweisung** an eine andere Behandlungseinheit
- Name/Vorname des/der neuen behandelnden Arztes/Ärztin: _____
- Strasse: _____
- PLZ/Ort: _____ Kanton: _____
- Unbekanntes Behandlungsergebnis:** Patient, bei dem eine Zuordnung zu den obgenannten Kategorien nicht möglich ist.
- Keine Tuberkulose:** Die laboranalytischen Befunde zeigen im Verlauf, dass es sich nicht um Tuberkulose handelt (z.B. atypische Mykobakterien, Kontamination, Fehler in der Analytik)

Bemerkungen

Behandelnde/r Arzti/Ärztin Name, Adresse, Tel. oder Stempel

Datum: ___/___/_____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ___/___/_____ Unterschrift: _____

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