



Tuberkulose (TB)

Meldung zum klinischen Befund

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

Patient/in

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

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

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Nationalität: CH andere: _____ Geburtsland: _____

Bei Personen mit Nationalität/Geburtsland anders als CH, Datum der Einreise in die Schweiz (Monat/Jahr): __/__/____

Diagnose und Manifestation

- Befallene Organe:
- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> intrathorakale Lymphknoten | <input type="checkbox"/> extrathorakale Lymphknoten |
| <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Meningen | <input type="checkbox"/> ZNS (nicht meningal) |
| <input type="checkbox"/> urogenital | <input type="checkbox"/> Peritoneum/Verdauungstrakt | <input type="checkbox"/> disseminierte Form |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule) | <input type="checkbox"/> andere Lokalisationen: _____ |

Labor: Name/Tel: _____

Bei mehreren Proben aus dem gleichen Material mit diskordantem Resultat: bitte nur die positiven Resultate ankreuzen.

	Direkte PCR (Xpert o. ä.)				Mikroskopie				Kultur			
	pos	neg	ausstehend	nicht durchgeführt	pos	neg	ausstehend	nicht durchgeführt	pos	neg	ausstehend	nicht durchgeführt
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchialsekret/-aspirat/-lavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Material: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verlauf

- Anamnese:
- Wurde jemals eine TB diagnostiziert? ja nein unbekannt
- Falls ja, Datum der Diagnose (Monat/Jahr): __/__/____ unbekannt
- Frühere Behandlung mit Antituberkulotika während > 1 Monat? ja nein unbekannt
- Falls ja, wann (Monat/Jahr): __/__/____ unbekannt

- Aktuelle Therapie:
- Datum Therapiebeginn (oder der Diagnose falls keine Behandlung begonnen): __/__/____
- Datum geplanter Therapieabschluss: __/__/____
- Medikamente bei Beginn der Behandlung: Isoniazid Rifampicin Pyrazinamid Ethambutol
 Delamanid Bedaquilin Moxifloxacin Linezolid
 anderes Antituberkulotikum: _____
- Falls keine Behandlung, Tod vor Therapiebeginn? ja nein

Bemerkungen

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

Behandelnde/r Arzt/Ärztin Name, Adresse _____

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

^a Massgeblich ist der Wohnkanton des/der Patienten/in, bei fehlendem Wohnkanton der Ort der Behandlung. Bitte melden Sie alle kulturell bestätigten Tuberkulosefälle sowie alle anderen Fälle, bei denen eine Behandlung mit mindestens drei Medikamenten begonnen wurde.

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