



Bitte ausgefüllt und innerhalb 24h an BAG und Kantonsärztin/-arzt senden.^a

Meldung zum laboranalytischen Befund *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex

Patient/in

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

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggeber (Arzt, Spital, anderes Labor): _____

Sputum oder anderes Material aus Luftwegen	Anderes Material, nicht aus Luftwegen:																									
welches? _____	welches? _____																									
Entnahmedatum: ____/____/____	Entnahmedatum: ____/____/____																									
<p>1. Nachweismethode:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">pos.</th> <th style="text-align: center;">neg.</th> <th style="text-align: center;">ausstehend</th> <th style="text-align: center;">nicht gemacht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Mikroskopischer Direktnachweis (von säurefesten Stäbchen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Molekular-biologischer Direktnachweis (<i>M. tuberculosis</i>-Komplex)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht	a) Mikroskopischer Direktnachweis (von säurefesten Stäbchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Molekular-biologischer Direktnachweis (<i>M. tuberculosis</i> -Komplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Bitte dasselbe Formular verwenden um die weiteren Resultate 1c, 2 und 3 an den Kantonsarzt und das BAG zu melden.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">pos.</th> <th style="text-align: center;">neg.</th> <th style="text-align: center;">ausstehend</th> <th style="text-align: center;">nicht gemacht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht																						
a) Mikroskopischer Direktnachweis (von säurefesten Stäbchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
b) Molekular-biologischer Direktnachweis (<i>M. tuberculosis</i> -Komplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht																						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>Bei Direktnachweis von säurefesten Stäbchen oder von <i>M. tuberculosis</i>-Komplex im Sputum oder anderem Material aus Luftwegen: Bitte nur die Felder in diesem Kasten ausfüllen und diese Meldung innert 24h an den Kantonsarzt und ans BAG senden.</p>																										

	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht		pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht
c) Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Spezies: *M. tuberculosis* *M. bovis* *M. bovis* BCG *M. caprae* *M. africanum* *M. tuberculosis*-Komplex

3. Resistenzprüfung:

Antituberkulotikum	getestete Konzentration (mg/L)	sensibel	resistent	intermediär	Mutation (nur resistenzvermittelnde)
Isoniazid	0.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	katG: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> nicht gemacht <i>inhA</i> -Promoter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> nicht gemacht
	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rifampicin	0.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rpoB: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> nicht gemacht
	1.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ethambutol	5.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50.0	<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"/>	
Pyrazinamid	100.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Meldendes Labor

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

Bemerkungen

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

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