



# Tularämie

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

Initiale Name: \_\_\_\_\_ Initiale Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  ulzeroglandulär  glandulär  okuloglandulär  oropharyngeal  abdominal  pulmonal  typhoidal

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Zufallsbefund  anderer: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Exposition

In den letzten 14 Tagen (insbesondere 3-5 Tage) vor Erkrankung

Wo:  CH Ort: \_\_\_\_\_  Ausland, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ODER Datum der Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  Kontakt zu Wildtieren, insbesondere Nagern (inkl. Verzehr ihrer Produkte), welche/wo: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

Einnahme von Wasser aus unkontrollierter Quelle (Brunnen, Bach), falls CH, wo: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

Zeckenstich  nein  unbekannt

Insektenstich  nein  unbekannt

Inhalation von Staub/Aerosol (Landwirtschaft, Garten), falls CH, wo: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

Exponierte Personen:  ja, welche: \_\_\_\_\_ wie viele: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

**Arzt/Ärztin** Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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