



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Zika-Virus Infektion

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

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

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: Hautausschlag Fieber Bindehautentzündung Gelenkschmerzen Muskelschmerzen

neurologische Symptome^b: _____

andere: _____ keine

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Falls ja: → Die Proben ans NAVI^c senden.

→ behandelnde/r Gynäkologe/in oder spezialisiertes Zentrum (fetomaternale Medizin) (Name, Adresse):

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: __/__/____ Material: _____

Dokumentierte Serokonversion: ja nein

Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?		geimpft?		
Gelbfieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein			
West-Nil-Fieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein			
Dengue-Fieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein			

Exposition Inkubationszeit: 3 bis 12 Tage

War die Person während der 12 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland exponiert? ja nein unbekannt

Falls ja, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: __/__/____ Datum Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Falls nein, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert? Ort: _____ unbekannt

Hat sich die Person beim ungeschützten Geschlechtsverkehr exponiert? ja nein 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. Guillain-Barré-Syndrom

^c NAVI = Nationales Zentrum für neuauftretende Viruserkrankungen (<http://virologie.hug-ge.ch>)