



Erfassung von seltenen pädiatrischen Erkrankungen bei in Spitälern behandelten Kindern
Swiss Paediatric Surveillance Unit
 Recherche de maladies pédiatriques rares chez les enfants traités en milieu hospitalier

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Fragebogen für Patienten mit aktiver Tuberkulose

1. Basisdaten

Geburtsdatum: □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ) Geschlecht : Weiblich (1) Männlich (0)

Gewicht : □□□.□ (kg) Länge: □□□.□(cm) Geburtsland :

Wenn nicht in der Schweiz geboren: seit wann in der Schweiz? □□□ (Monat)

Geburtsland Mutter : Geburtsland Vater:

BCG Impfung: Impfnarbe (0)
 Erhalten (schriftlich dokumentiert) (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ)
 Nicht gemacht..... (2)
 Unklar (3)

HIV Testung: Gemacht..... (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ)
 Nicht gemacht..... (2) Ergebnisse: Negativ (0) Positiv (1)
 Unklar..... (3)

Form der Tuberkulose: Lungen (0) Lymphknoten (LK) (2) Miliare (4)
 Abdominal (1) Lungen/LK (3)

Ursache der Abklärung : Kontakt-exposition (0) Symptome (1) Kontakt/Symptome (2) Flüchtling (3)
 Symptome/Flüchtling (4) Kontakt/Flüchtling (5) Andere (6)

2. Symptome (Mehrfachauswahl möglich)

	Nein	Ja	
Keine Symptome	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
Husten	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	Wenn ja, bitte Dauer angeben: □□□□ (Tag)
« Wheezing » (Giemen oder Pfeifen)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
Fieber > 38°C	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	Wenn ja, bitte Dauer angeben : □□□□ (Tag)
Fehlende Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
Andere Symptome	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	Wenn ja, bitte genauer bezeichnen :

3. Diagnostik durch Bildgebung (Mehrfachauswahl möglich)

Röntgen Thorax gemacht (1) nicht gemacht (0)
 Ap/pa (0) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ)
 Seitlich (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ)

	Nein	Ja
Kompression Trachea/Bronchus	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
Hiläre Lymphadenopathie	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
Konsolidation Parenchym	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
Miliare Verschattung	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)
Kaverne	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)

CT Thorax gemacht (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ) nicht gemacht (0)

CT Schädel gemacht (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ) nicht gemacht (0)

MRI cérébrale gemacht (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ) nicht gemacht (0)

Sonographie gemacht (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ) nicht gemacht (0)
 Lokalisation :

Andere gemacht (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ) nicht gemacht (0)
 Lokalisation :

4. Immuno-diagnostik (Mehrfachauswahl möglich)

Mantoux test Nein (0) Ja (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ)
 Resultat: □□ (mm)

T.SPOT-TB® Nein (0) Ja (1) Datum : □□ / □□ / □□□□ (TT/MM/JJJJ)
 Resultat : Negativ (0) Positiv (1) Unklar (2)
 Nil □□.□□ (Spots)
 ESAT-6 □□.□□ (Spots)
 CFP-10 □□.□□ (Spots)
 PHA □□.□□ (Spots)
 Interpretation: Negativ (0)
 Positiv (1)
 Nicht spezifiziert (2)

QuantIFERON-TB Gold®

Nein (0) Ja (1)

Datum : / / (TT/MM/JJJJ)

Resultat: Negativ (0) Positiv (1) Unklar (2)

Nil . (IU/ml)

TB-Ag1 . (IU/ml)

TB-Ag2 . (IU/ml)

PHA . (IU/ml)

Interpretation: Negativ (0)

Positiv (1)

Nicht spezifiziert: (2)

Andere

Nein (0)

Ja (1)

Wenn ja, bitte genauer bezeichnen :

.....

5. Mikrobiologische Diagnostik (Mehrfachauswahl möglich)

	gemacht	Nicht gemacht	Kultur positiv	Kultur negativ	PCR positiv	PCR Negativ
Sputum	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Magensaft	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Broncho-alveoläre Lavage	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Induziertes Sputum	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Blutkultur	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Lumbalpunktion	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Biopsie (bitte Lokalisation angeben)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

Lokalisation :

.....

Punktat (bitte Lokalisation angeben)

(0) (1) (2) (3) (4) (5)

Lokalisation :

.....

Mycobacterium Spezies:

6. Resistenzprüfung und Therapie (Mehrfachauswahl möglich)

Resistenz				Verabreicht		Gesamtdosis
	Nein	Ja	Unbekannt	Nein	Ja	
Isoniazid	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (mg/kg/Tag)
Rifampicin	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (mg/kg/Tag)
Pyrazinamid	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (mg/kg/Tag)
Ethambutol	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (mg/kg/Tag)
Corticosteroid			<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (mg/kg/Tag)

Andere Therapie :

7. Vermutete Infektionsquelle

- Vater (0) Mutter (1) Unbekannt (2) Bruder (3) Schwester (4) Grossmutter (5)
- Grossvater (6) Schule (7) Azyzentrum (8)

Andere, **selber**

Haushalt (9) Bitte ausführen :

Andere, **andere**

Haushalt (10) Bitte ausführen :

8. Meldezentrum/Kontakt

Spital:

Name des Arztes:

Telefon Nummer des Arztes : □□□ □□□ □□ □□

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

**Bitte senden Sie diesen Fragebogen an Dr. med. Nicole Ritz,
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Spitalstrasse 33, 4031 Basel.**

Falls nicht alle Informationen bekannt sind, bitte auch unvollständig ausgefüllte Fragebogen zurücksenden!