

Pertussis-Fragebogen

1. Angaben zur Meldung

Spital: _____ Zuständiger Arzt (Name): _____

Datum Spitaleintritt (TT/MM/JJJJ): ____/____/____ Datum Spitalaustritt: ____/____/____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

2. Patientendaten

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ____/____/____ Geschlecht: M W

Geburtsgewicht: _____ (g) Schwangerschaftsdauer bei Geburt: _____ SSW

Nationalität: _____ Postleitzahl: _____ falls PLZ unbekannt Wohnkanton: _____

3. Impfstatus

War der Patient gegen Pertussis geimpft? Nein Ja, Anzahl Dosen _____ Unbekannt

Wenn Ja, bitte geben Sie nach Möglichkeit Details zu den Impfungen:

	Datum (TT/MM/JJJJ)	Impfstoff
1. Dosis		
2. Dosis		
3. Dosis		
4. Dosis		
5. Dosis		

Wurde die Mutter in der Schwangerschaft mit diesem Patient gegen Pertussis geimpft? Ja (in SSW _____) Nein

	Datum (TT/MM/JJJJ)	Impfstoff
LETZTE erhaltene Impfdosis		

4. Klinik

Grund der Spitaleinweisung _____

Beginn der ersten Krankheitssymptome (TT/MM/JJJJ): ____/____/____

Beginn des Hustens (TT/MM/JJJJ): ____/____/____

Ende des Hustens (TT/MM/JJJJ): ____/____/____ bzw. Husten besteht noch

Symptome	Nein	Ja		Nein	Ja
Hustenanfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnoe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbrechen nach einem Hustenanfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zyanose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juchzendes Inspirium (whooping):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafprobleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wie hoch (max.): _____ °C		
Andere:					
Komplikationen	Nein	Ja		Nein	Ja
Pneumonie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enzephalopathie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerebrale Krampfanfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittelohrentzündung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:					

Grundkrankheit(en): _____

Ist der Patient verstorben? Nein Ja, Datum (TT/MM/JJJJ): ____/____/____

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

5. Laboruntersuchungen

Analysentyp	Durchgeführt?	Resultat **		Datum der Probenentnahme (TT/MM/JJJJ)
		Positiv *	Negativ	
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Serologie (1. Probe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Serologie (2. Probe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

* Falls ja: *B. pertussis* *B. paraptussis*

** Bitte anonymisierte Kopie des Laborbefundes beilegen

6. Patientenbetreuung

Behandlung auf **Intensivstation**? Nein Ja, Dauer: _____ (Tage)

Benötigte der Patient eine **Atemhilfe**? Nein Ja

Wenn Ja, bitte präzisieren Sie:

Intubation und Beatmung: Nein Ja, Dauer: _____ (Tage) _____ (Std.)

CPAP: Nein Ja, Dauer: _____ (Tage) _____ (Std.)

Andere _____ Dauer: _____ (Tage) _____ (Std.)

Hat der Patient **Antibiotika** erhalten? Nein Ja

Wenn Ja, welche? _____ Dauer der Einnahme: _____ (Tage)

Beginn der Antibiotika-Therapie: (TT/MM/JJJJ): ___/___/_____

7. Ansteckungsquelle(n)

Wer ist die vermutete Ansteckungsquelle (Kontakt <=3 Wochen) des Patienten?

Ansteckungsquelle*	Beginn der ersten Krankheitssymptome	Alter	Geimpft	Datum letzte Impfdosis	Quelle mikrobiol. bestätigt
	TT/MM/JJJJ		JA/NEIN	TT/MM/JJJJ	JA/NEIN
<input type="checkbox"/> Geschwister 1					
<input type="checkbox"/> Geschwister 2					
<input type="checkbox"/> Mutter					
<input type="checkbox"/> Vater					
<input type="checkbox"/> Tagesmutter					
<input type="checkbox"/> Betreuungsperson Krippe/Tagesheim/Schule					
<input type="checkbox"/> Kind in Krippe/Tagesheim/Schule					
<input type="checkbox"/> Andere Person _____					
<input type="checkbox"/> Keine Quelle bekannt					
<input type="checkbox"/> Nicht erhoben	Grund? _____				

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an Prof. Dr. Ulrich Heininger,
 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Postfach CH-4031 Basel.