



# Malaria

## Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

### Patient/in

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

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland: \_\_\_\_\_ Herkunftsland<sup>b</sup>: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Manifestation: ☐ Fieber oder Fieber gemäss Anamnese

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

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

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

Methode: ☐ Mikroskopie ☐ Schnelltest ☐ andere: \_\_\_\_\_

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ Zufallsbefund

Resultat: ☐ *P. falciparum* ☐ *P. vivax* ☐ *P. ovale* ☐ *P. malariae* ☐ *Plasmodium* ohne Typisierung ☐ Parasitämie: \_\_\_\_ ‰

### Verlauf

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

Ambulante Behandlung: ☐ ja ☐ nein

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

### Exposition ≤12 Monate vor Manifestationsbeginn

Hat sich die Person vor der Diagnose in einem bekannten Endemiegebiet aufgehalten? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

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

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsdauer im Malariagebiet (Total Land 1+2+3): \_\_\_\_\_ Tage Ausreisedatum aus Malariagebiet: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hat sich die Person vor Reiseantritt bei Arzt oder Beratungsstelle informiert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

**Falls nein**, geben Sie den möglichen Ursprung der Infektion an:

☐ Aufenthalt früher als 12 Monate vor der Diagnose in einem Malariagebiet, wo genau: \_\_\_\_\_

☐ kongenitale Malaria ☐ induzierte Malaria (z.B. Transfusion) ☐ eingeschleppte Malaria (z.B. Flughafenmalaria)

Wahrscheinlichste Risikokategorie für Malaria (eine Antwort möglich):

☐ Tourist ☐ Immigrant (alle Kategorien, inkl. Adoption)

☐ Besuch von Familienangehörigen/Freunden ☐ andere: \_\_\_\_\_

☐ Ausübung des Berufes (z.B. Dienstreise) ☐ unbekannt

### Bemerkungen

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

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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

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

<sup>b</sup> Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.