



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

Malaria

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ Geschlecht: w m
Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____
Nationalität: _____ Wohnsitzland: _____ Herkunftsland^b: _____

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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tourist | <input type="checkbox"/> Immigrant (alle Kategorien, inkl. Adoption) |
| <input type="checkbox"/> Besuch von Familienangehörigen/Freunden | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ausübung des Berufes (z.B. Dienstreise) | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Bemerkungen

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

Datum: ____ / ____ / ____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____ Datum: ____ / ____ / ____

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

^b Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.