



# Virale Hämorrhagische Fieber

von Mensch zu Mensch übertragen

Meldung zum klinischen Befund  
Ergänzend zur telefonischen Meldung,  
die in 2 Stunden zu erfolgen hat.

Bitte ausfüllen und umgehend  
an BAG und Kantonsarzt/-  
ärztin senden.<sup>a</sup>

## Patient/in

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

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

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestation

Diagnose: ☐ Ebola (*bitte spezielles Formular verwenden*) ☐ Marburg ☐ Krim-Kongo ☐ Lassa

☐ andere Arenaviren: \_\_\_\_\_

Manifestation: ☐ hämorrhagische Zeichen ☐ Fieber bis \_\_\_\_ °C

☐ andere: \_\_\_\_\_ ☐ keine

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

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

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ anderer: \_\_\_\_\_

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

Resultat: ☐ Virus in Kultur nachgewiesen ☐ pos. Genomtest ☐ Serokonversion

## Verlauf

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

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

## Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: ☐ Impfausweis/Krankengeschichte ☐ Anamnese

Experimentelle Impfung gegen VHF: ☐ ja, mit total \_\_\_\_ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt

Letzte Dosis, Monat/Jahr: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mit Impfstoff (Markenname): \_\_\_\_\_

## Exposition

≤3 Wochen vor Manifestationsbeginn

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

Falls ja: ☐ Ausland ☐ Land: \_\_\_\_\_ Orte: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Datum Einreise in CH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Falls nein: ☐ CH ☐ Gebiete: \_\_\_\_\_ Orte: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Wie: ☐ Patientenkontakt ☐ Aufenthalt in ländlichem Gebiet ☐ anderes: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Andere exponierte Personen: ☐ ja, welche: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_ ☐ nein ☐ unbekannt

## Bemerkungen zu getroffenen Massnahmen

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>