



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.^a

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 ja, mit total ____ Dosen nein unbekannt
gegen VHF: 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: ____ / ____ / ____