



Haemophilus influenzae Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

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

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Geschlecht: ☐ w ☐ m

PLZ/Wohnort: _____

Kanton: _____

Nationalität: ☐ CH

☐ andere: _____

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: ☐ Epiglottitis ☐ Meningitis ☐ Pneumonie ☐ Zellulitis (phlegmonöse Hautveränderung) ☐ Arthritis

☐ Sepsis

☐ andere: _____

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____

☐ unbekannt

Labor:

Name/Tel.: _____

Entnahmedatum: ____/____/____

Material: ☐ Blut

☐ Liquor ☐ anderes: _____

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____

☐ nein

☐ unbekannt

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: ☐ Impfausweis ☐ Hausarzt ☐ Anamnese

geimpft gegen Hib: ☐ ja, mit total _____ Dosen

☐ nein

☐ unbekannt

Dosis: Markenname des Impfstoffs:

Datum:

1 _____ ____/____/____

2 _____ ____/____/____

3 _____ ____/____/____

4 _____ ____/____/____

Risikofaktoren

☐ Asplenie (funktionelle / anatomische)

☐ angeborenes Immundefizit^b, welches: _____

☐ erworbenes Immundefizit^c, welches: _____

☐ andere, welche: _____

☐ keine

☐ 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 z.B.: Agammaglobulinämie, C1–C3 Komplementdefizit

^c z.B.: multiples Myelom, lymphatische Leukämie, Transplantation