



Kongenitale Röteln

Ergänzungsmeldung

Blatt1: SCHWANGERE FRAU / MUTTER

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

Patientin: SCHWANGERE / MUTTER (siehe Rückseite für das Kind)

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Auftreten der Röteln (Ausbruch oder laboranalytischer Befund) während der _____ Woche der Schwangerschaft.

Vor der Schwangerschaft: Röteln-Serologie (IgG):

ja, Resultat: _____ Datum: ____ / ____ / ____ nein unbekannt

Während der Schwangerschaft und Geburt:

Analyse 1: Labor (Name/Tel.): _____

Entnahmedatum: ____ / ____ / ____ Material: _____ Resultat: _____

Analyse 2: Labor (Name/Tel.): _____

Entnahmedatum: ____ / ____ / ____ Material: _____ Resultat: _____

Analyse 3: Labor (Name/Tel.): _____

Entnahmedatum: ____ / ____ / ____ Material: _____ Resultat: _____

Verlauf

Konsequenz: Fehlgeburt Schwangerschaftsabbruch Embryopathie keine noch ungewiss

Bemerkungen

Bitte füllen Sie für das Kind in jedem Fall Blatt 2 aus, auch wenn die Röteln bei ihm noch nicht durch einen laboranalytischen Befund bestätigt sind. Vielen Dank, wenn Sie dazu Kontakt mit dem Pädiater aufnehmen oder seine Kontaktdaten hier vermerken.

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

Datum: ____ / ____ / ____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ____ / ____ / ____



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

Kongenitale Röteln

Ergänzungsmeldung

Blatt 2: KIND

Angaben zum KIND^b / zur TOTGEBURT (siehe Vorderseite für Schwangere / Mutter)

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ Geschlecht: w m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Bei der Geburt: Schwangerschaftswoche: _____ Gewicht: _____ gr Grösse: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Diagnose und Manifestation

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Katarakt | <input type="checkbox"/> kongenitales Glaukom | <input type="checkbox"/> Embryopathie |
| <input type="checkbox"/> Hörbeschwerden | <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa | <input type="checkbox"/> Purpura |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalie oder Splenomegalie | <input type="checkbox"/> Mikrozephalie | <input type="checkbox"/> mentale Retardierung |
| <input type="checkbox"/> Meningoenzephalitis | <input type="checkbox"/> metaphysäre Knochenläsionen | <input type="checkbox"/> Ikterus, innerhalb von 24h nach der Geburt auftretend |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | <input type="checkbox"/> keine |

Analyse 1: Labor (Name/Tel.): _____

Entnahmedatum: ____ / ____ / ____ Material: _____ Resultat: _____

Analyse 2: Labor (Name/Tel.): _____

Entnahmedatum: ____ / ____ / ____ Material: _____ Resultat: _____

Analyse 3: Labor (Name/Tel.): _____

Entnahmedatum: ____ / ____ / ____ Material: _____ Resultat: _____

Verlauf

Tod: ja, Todesdatum: ____ / ____ / ____ Grund: _____ nein unbekannt

Autopsie: ja

Bemerkungen

Bitte füllen Sie für die Mutter dieses Kindes in jedem Fall Blatt 1 aus, auch wenn die Röteln in der Schwangerschaft nicht nachgewiesen werden konnten. Vielen Dank, wenn Sie dazu Kontakt mit dem Gynäkologen/Allgemeinmediziner aufnehmen oder seine Kontaktdata hier vermerken.

Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel. (oder Stempel):

Datum: ____ / ____ / ____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ____ / ____ / ____

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

^b Für alle Säuglinge ausfüllen, wenn sie von einer Mutter mit bestätigten Röteln in der Schwangerschaft geboren wurden oder beim Neugeborenen Röteln diagnostiziert wurden oder beim Verdacht auf kongenitale Röteln