



# Ebola-Fieber

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

## Patient/in

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

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

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

## Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  akutes Fieber  $\geq 38,5$  °C: \_\_\_\_ °C  hämorrhagische Zeichen

andere Symptome: \_\_\_\_\_  keine

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

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

Referenzlabor NAVI in Genf (<https://hug.ch/laboratoire-virologie/centre-national-reference-pour-infections-virales>)

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

Labor wurde vorab informiert

Entnahme: Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_  kein Labor

Experimentelle Impfung gegen Ebola:  ja, Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

## Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Spital (Name, Abteilung, Tel.): \_\_\_\_\_  nein

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

## Exposition

In den letzten 21 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: Aufenthalt in einem Endemiegebiet?  ja  nein

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

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

**Falls nein:**  CH Ort/Gebiet: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  in Familie  als Medizinal- oder Pflegepersonal  andere Kontakte: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: von: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Reisetätigkeit nach Manifestationsbeginn?  ja  nein  unbekannt

**Falls ja:** Wurden Flugreisen unternommen?  ja  nein am: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

## Massnahmen

Patient isoliert:  ja  nein Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Kontaktpersonen identifiziert:  ja  nein falls ja, Anzahl: \_\_\_\_\_  Suche noch nicht eingeleitet

**Falls ja:** informiert:  ja  nein

unter Quarantäne:  ja  nein

Andere Massnahmen: \_\_\_\_\_

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

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

## Kantonsarzt/-ärztin

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Weitere Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_