



Typhus abdominalis / Paratyphus

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestationen

Diagnose: Abdominaltyphus Paratyphus Ausscheider, seit Monat/Jahr: ____/____

Manifestation: anhaltendes Fieber Kopfschmerzen relative Bradykardie

Husten ohne Auswurf Durchfall, Verstopfung, Unwohlsein oder Bauchschmerzen

andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ nein unbekannt

Zustand: Tod, Datum: ____/____/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: Impfausweis/Krankengeschichte Anamnese

Geimpft gegen S. typhi: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

Letzte Dosis in Monat/Jahr: ____/____ mit Impfstoff, Markenname: _____

Exposition

< 60 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit S. Typhi 3-60 Tage, i.d.R. 8-14 Tage; S. Paratyphi 1-10 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ ODER Datum der Einreise in CH: ____/____/____ unbekannt

Wie: Speisen/Getränke (Einzelheiten): _____

Kontakt mit Patient/Träger: _____

andere: _____

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wie viele: ____ keine unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____ Datum: ____/____/____