



Typhus abdominalis / Paratyphus

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsarzt/-ärztin senden
(nicht direkt ans BAG).^a

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: _____ ☐ unbekannt

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: ____/____/____

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