



Aussergewöhnlicher epidemiologischer Befund in Spitälern

Innerhalb von 24h an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).^a

Erreger

Identifizierter Erreger: Candida auris anderer: _____

Phänotypische Resistenz: _____ Genotypische Resistenz: _____

Genomische Typisierung gemacht oder vorgesehen: ja nein Ergebnisse: _____

Vermutete Übertragungswege: Mensch-zu-Mensch (direkte Übertragung) Umwelt (indirekte Übertragung durch die Umwelt)

Umweltquelle (über eine gemeinsame Quelle) oder kontaminiertes Medizinprodukt

unbekannt sonstige: _____

Betroffene/r Patient/in

Hospitalisation: Eintrittsdatum: ___/___/_____ Spital: _____

Abteilung/en: _____

Aktueller Aufenthaltsort: stationär verlegt am ___/___/_____ nach: _____

Austritt nach Hause am ___/___/_____ verstorben

Erste positive Proben: Datum: ___/___/_____ Art der Probe: Blut Stuhl Urin Wunden Zerebrospinalflüssigkeit

Abstrich intakte Haut/Schleimhaut Abszess sonstige: _____

Grund der Entnahme: Screening Klinische Indikation: _____

sonstige: _____

Expositionsort

Spital: Name der Einrichtung: _____ Land: _____ Kanton: _____

Sozialmedizinische Institution: Name der Einrichtung: _____ Kanton: _____

unbekannt sonstige: _____

Weitere Patient/innen

Anzahl Fälle mit symptomatischer Infektion: _____ Anzahl Träger/innen ohne symptomatische Infektion: _____ Anzahl der Kontakte: _____

Anzahl Patient/innen, die einem Screening unterzogen wurden: _____ davon Anzahl positiv: _____ negativ: _____ ausstehend: _____

Im Spital getroffene und geplante Massnahmen

Massnahmen für identifizierte Fälle: Isolation aller Fälle

Kontaktaufnahme mit der zuweisenden Einrichtung Kontaktaufnahme mit der Zieleinrichtung bei Austritt

Massnahmen für Kontakte: Eine Definition für Kontakte liegt vor, nämlich: _____

Isolation aller Kontakte Screening aller Kontakte Kontaktaufnahme mit der Zieleinrichtung bei Austritt

Weitere Screenings: Wiederholte Querschnittscreenings: Abteilungen: _____ Intervall: _____

Screening aller Patient/innen, die ein bestimmtes Kriterium erfüllen, Kriterium: _____

Screening von Umweltproben, Geräten Kein Screening durchgeführt, Grund: _____

Weitere Massnahmen: _____

Kommentare: _____

Kontaktangaben der meldenden Stelle (Name, Adressen, Tel., E-Mail)

Datum: ___/___/_____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: keine Information an die anderen Spitäler des Kantons

weitere: _____

Datum: ___/___/_____ Unterschrift: _____

^a Informationen zur Meldung von Infektionskrankheiten: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>