



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Zika-Virus Infektion

Meldung zum klinischen Befund

## Patient/in

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

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

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

## Diagnose und Manifestation

Manifestationen: ☐ Hautausschlag ☐ Fieber ☐ Bindehautentzündung ☐ Gelenkschmerzen ☐ Muskelschmerzen

☐ neurologische Symptome<sup>b</sup>: \_\_\_\_\_

☐ andere: \_\_\_\_\_ ☐ keine

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: ➔ Die Proben ans NAVI<sup>c</sup> senden.

➔ behandelnde/r Gynäkologe/in oder spezialisiertes Zentrum (fetomaternale Medizin) (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

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

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Dokumentierte Serokonversion: ☐ ja ☐ nein

## Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?		geimpft?		
Gelbfieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein			
West-Nil-Fieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein			
Dengue-Fieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein			

## Exposition

Inkubationszeit: 3 bis 12 Tage

War die Person während der 12 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland exponiert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Falls ja, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

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

Falls nein, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert? Ort: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Hat sich die Person beim ungeschützten Geschlechtsverkehr exponiert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

## Bemerkungen

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

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

## Kantonsarzt/-ärztin

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

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

<sup>b</sup> z.B. Guillain-Barré-Syndrom

<sup>c</sup> NAVI = Nationales Zentrum für neuauftretende Viruserkrankungen (<https://www.hug.ch/laboratoire-virologie>)