



# 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  Bindegauentzündung  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>)