



Meldung zum laboranalytischen Befund

Blatt 1

Umgehend senden an BAG und Kantonsarzt/-ärztein.
Die Übermittlung ans BAG erfolgt wenn möglich elektronisch.^a
Ansonsten HIN secured an: report@hin.infreport.ch

Innerhalb von **zwei Stunden** den pos./neg. Befund telefonisch melden, zusätzlich spezielles Formular (ergänzendes Protokoll) ausgefüllt an Kantonsarzt/-ärztein und BAG senden. Proben sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum zu senden.

- Aussergewöhnlicher laboranalytischer Befund (gilt auch für Befunde, welche nicht oder nicht innerst 2 Stunden meldepflichtig sind)
- *Bacillus anthracis* (negative Befunde aus Umweltproben nicht melden)

- *Clostridium botulinum* (Wund- und Säuglingsbotulismus nicht melden)
- Influenza A(HxNy)-Virus neuer Subtyp mit pandemischem Potential (Befunde von Antigen-Schnelltest nicht melden)
- Coronaviren MERS / SARS

- Pockenviren Variola / Vaccinia
- Virale hämorrhagische Fieberviren, Mensch-zu-Mensch übertragen (Ebola-, Krim-Kongo-, Lassa- oder Marburg-Virus)
- *Yersinia pestis*

Innerhalb 24 Stunden melden

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter spp.</i> Falls bekannt: Spezies angeben | <input type="checkbox"/> Hepatitis-E-Virus nur Genomsequenz (PCR) | <input type="checkbox"/> Rabies-Virus ^b Negativen Befund auf Nachfrage der Gesundheitsbehörden melden |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya-Virus | <input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> ^c Falls bekannt: Typ angeben | <input type="checkbox"/> Röteln-Virus ^g PCR (RNA): <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ |
| <input type="checkbox"/> Corynebakterien, toxinbildend <i>C. diphtheriae</i> , <i>C. ulcerans</i> , <i>C. pseudotuberculosis</i> ; Falls bekannt: Typ angeben; Toxin-Gen, PCR: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Toxin, Elek: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ | <input type="checkbox"/> <i>Legionella spp.</i> ^c | <input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i> Falls bekannt: Spezies, Typ angeben; Isolate aller Nicht-Enteritidis-Serotypen ans NENT senden |
| <input type="checkbox"/> Dengue-Virus Offensichtliche Kreuzreaktionen <u>nicht</u> melden | <input type="checkbox"/> Masern-Virus ^g PCR (RNA): <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ | <input type="checkbox"/> <i>Shigella spp.</i> Falls bekannt: Spezies angeben |
| <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> , enterohämorrhagische EHEC, VTEC, STEC Falls bekannt: Serotyp und Toxintyp angeben | <input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i> -Komplex Spezielles Meldeformular verwenden | <input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> ^c Serotyp und Toxinnachweis angeben |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber-Virus ^b Negativen Befund auf Nachfrage der Gesundheitsbehörden melden | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> ^{c, d, f} Mikroskopie: nur gram-neg. Diplokokken im Liquor; Antigen: nur im Liquor; Falls bekannt: Serogruppe angeben | <input type="checkbox"/> West-Nil-Virus (WNV) ^b Falls bekannt: Unterscheidung WNV/Kunjin; Falls WNV: Abstammungslinie I oder II angeben |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis-A-Virus | <input type="checkbox"/> Polio-Virus ^b Falls bekannt: Titeranstieg ≥4x oder Serokonversion angeben | <input type="checkbox"/> Zika-Virus ^e |

Häufung laboranalytischer Befunde:

Nicht namentlich melden. Unter "weitere Angaben" Details zu Anzahl Personen, Alter, Zeitraum, Ort etc. angeben.

Labordiagnose

Entnahmedatum: _____ / _____ / _____
Tag Monat Jahr

Nachweismethode(n) mit positivem Resultat:

Kultur/Isolat Mikroskopie

Nachweisdatum/Testdatum: _____ / _____ / _____
Tag Monat Jahr

Genomsequenz (DNA/RNA) Toxin

Untersuchungsmaterial: _____

Antigen

Spezies, Typ, Interpretation und weitere Angaben:

Serologie / Antikörper Serokonversion

IgM

IgG Titeranstieg ≥4x

andere: _____

Patient/in

bei *Campylobacter spp.* und West-Nil-Virus Initialen angeben

sonst vollen Namen + Strasse angeben

| | |
|----------------------|-------------------------|
| Initiale Name: _____ | Initiale Vorname: _____ |
|----------------------|-------------------------|

| | |
|---------------------|----------------|
| Name: _____ | Vorname: _____ |
| Strasse, Nr.: _____ | |

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____ Geschlecht: w m

PLZ/Wohnort: _____

Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggebender Arzt

Name, Adresse, Tel., Institution, Abteilung:

Meldendes Labor

Name, Adresse, Tel. (oder Stempel):

Datum: _____ / _____ / _____ Unterschrift: _____

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

^b Proben sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^c Isolate sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^d Nur von normalerweise sterilem Material (wie Blut, Liquor, Gelenkflüssigkeit; *kein* Urin).

^e Proben von Schwangeren sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^f Proben mit PCR-positivem Befund sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^g Weitere Resultate müssen unter «Nachweismethode(n) mit positivem Resultat» gemeldet werden.



Meldung zum laboranalytischen Befund

Blatt 2

Innerhalb 1 Woche senden an BAG und Kantonsärztin/-arzt.
Die Übermittlung ans BAG erfolgt wenn möglich elektronisch.^a
Ansonsten HIN secured an: report@hin.infrreport.ch

Innerhalb einer Woche melden

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Brucella spp.</i> Falls bekannt: Spezies angeben | <input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Virus ^f <input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM <input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> HBe Ag | <input type="checkbox"/> Prionen ^e <input type="checkbox"/> Histologie <input type="checkbox"/> PrP ^{SC} -Nachweis <input type="checkbox"/> 14-3-3 Proteine im Liquor bei CJD-Verdacht |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> Nur Befunde aus Proben des Genitaltrakts melden; Angaben zum Typ nicht nötig | <input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Virus ^f <input type="checkbox"/> Anti-HCV mit pos. Bestätigungstest <input type="checkbox"/> Core-Antigen | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 ^g |
| <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i> Nur akute Infektionen melden; bei S: nur Angaben zu spezifischen IgG und IgM gegen Antigene der Phase II | <input type="checkbox"/> HIV Spezielles Meldeformular verwenden | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> ^{c, d} Falls bekannt: Typ angeben |
| <input type="checkbox"/> Carbapenemase bildende ^b Enterobacteriaceae | <input type="checkbox"/> Influenza-Virus, saisonal Falls bekannt: Typ/Subtyp angeben | <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i> Keine Nachweismethode ankreuzen. Positive VDRL/RPR allein oder mit negativen spezifischen Tests (TPHA/TPPA, FTA-Antikörper) nicht melden. |
| <input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella spiralis</i> Falls bekannt: Spezies angeben |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> ^d Falls bekannt: Typ angeben | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium spp.</i> Falls bekannt Spezies angeben | <input type="checkbox"/> Zeckenenzephalitis-Virus |
| <input type="checkbox"/> Hanta-Virus Falls bekannt: Typ angeben | | |

Labordiagnose

Entnahmedatum: _____ / _____ / _____
Tag Monat Jahr

Nachweisdatum/Testdatum: _____ / _____ / _____
Tag Monat Jahr

Untersuchungsmaterial: _____

Nachweismethode(n) mit positivem Resultat:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kultur/Isolat | <input type="checkbox"/> Mikroskopie |
| <input type="checkbox"/> Genomsequenz (DNA/RNA) | <input type="checkbox"/> Toxin |
| <input type="checkbox"/> Antigen | |
| Serologie / Antikörper | <input type="checkbox"/> Serokonversion |
| | <input type="checkbox"/> IgM |
| | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> Titeranstieg ≥4x |

andere: _____

Patient/in

bei *Coxiella burnetii*, CPE, HBV, HCV, Prionen + SARS-CoV-2 vollen Namen + Strasse

Name: _____ Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____

sonst Initialen angeben

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____ Geschlecht: w m

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggebender Arzt

Name, Adresse, Tel., Institution, Abteilung:

Meldendes Labor

Name, Adresse, Tel. (oder Stempel):

Datum: _____ / _____ / _____ Unterschrift: _____

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

^b Proben sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^c Isolate sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum weiterzuleiten.

^d Nur von normalerweise sterilem Material (wie Blut, Liquor, Gelenkflüssigkeit; *kein Urin*).

^e Proben sind bei Verdacht auf vCJK an das vom BAG bezeichnete Labor zu senden.

^f Positive PCR-Resultate müssen unter «Genomsequenz (DNA/RNA)» gemeldet werden.

^g Weitere Resultate müssen unter «Nachweismethode(n) mit positivem Resultat» gemeldet werden.