



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Hepatitis C

## Meldung zum klinischen Befund

**Patient/in** Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gender: ☐ w ☐ m ☐ trans (MtF)<sup>b</sup> ☐ trans (FtM)<sup>b</sup> ☐ VGE<sup>b</sup>

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: \_\_\_\_\_ Herkunftsland<sup>c</sup>: ☐ CH ☐ anderes: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Ich habe für diese(n) Patient/in bereits eine Arztmeldung vollständig ausgefüllt und versendet: ☐ ja  
Falls «ja», senden Sie dieses Formular bitte direkt an den Kantonsarzt, OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Diagnose dem/r Arzt/Ärztin oder dem/r Patient/in seit mehr als 1 Jahr bekannt: ☐ ja, Jahr: \_\_\_\_\_ ☐ nein

Diagnosedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dokumentiert)

**Gegenwärtige Manifestationen:** ☐ Ikterus ☐ Transaminase  $\geq 2.5 \times \uparrow$  ☐ andere: \_\_\_\_\_ ☐ keine ☐ unbekannt

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

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

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ Screening<sup>d</sup> ☐ anderer: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Dokumentierte Serokonversion<sup>e</sup>: ☐ ja, zuletzt **negative Serologie anti-HCV** vor der Diagnose am: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ nein ☐ unbekannt

**Verlauf** ☐ akut ☐ chronisch ☐ Zirrhose ☐ Hepatokarzinom ☐ geheilt

**Exposition** in den letzten 6 Monaten vor Manifestationsbeginn (oder zum vermuteten Ansteckungszeitpunkt)

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ unbekannt

Wie: ☐ perinatal

☐ Kontakt mit infizierter Person: ☐ in Familie ☐ am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
☐ anderer: \_\_\_\_\_

☐ Sexualkontakt mit infizierter Person: ☐ Frau ☐ Mann ☐ Transgender

☐ Konsum von Drogen (injiziert oder durch die Nase)

☐ Transfusion(en), Jahr(e) : \_\_\_\_\_

☐ Dialyse

☐ Gesundheitsberuf : \_\_\_\_\_

☐ andere: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt/Übertragungsweg nicht identifizierbar

Exponierte Personen: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Falls ja, welche: ☐ Sexualpartner/in ☐ Haushaltangehörige  
☐ ungeborenes oder neugeborenes Kind ☐ andere: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

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

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

☐ als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: \_\_\_\_\_

### Kantonsarzt/-ärztin

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

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

<sup>b</sup> MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

<sup>c</sup> Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.

<sup>d</sup> Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder

<sup>e</sup> Studienteilnehmende. Bitte Kopie des negativen Befundes der früheren anti-HCV Serologie beilegen.