



# 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 Arztdmeldung 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  
 unbekanntes 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),

<sup>c</sup> Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

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

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

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