



Masern

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsarzt/-ärztin senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation (bitte ALLE beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestation: ☐ makulopapulöses Exanthem; Beginn des Exanthems (oder Symptome falls kein Exanthem): ____/____/____ ☐ unbekannt
☐ Fieber ☐ Husten ☐ Konjunktivitis ☐ Rhinitis ☐ andere: _____ ☐ keine Symptome

Konsultationsdatum: ____/____/____

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____

Resultat, falls bekannt: Masern-IgM: ☐ pos. ☐ neg. Genomtest (PCR): ☐ pos. ☐ neg. ☐ unbekannt

Verlauf^b

Hospitalisation: ☐ ja, Name und Adresse des Spitals: _____ ☐ nein

Komplikationen: ☐ Pneumonie ☐ Enzephalitis ☐ Otitis media ☐ andere: _____ ☐ keine

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: ☐ Impfausweis/Krankengeschichte ☐ Anamnese

Geimpft gegen Masern: ☐ ja, mit total _____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt

Erste Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: ____/____/____

Zweite Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: ____/____/____

Exposition in den 7 - 21 Tagen vor Beginn des Exanthems

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ Ort (CH & Ausland): _____ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____

Aufenthalt im Ausland (oder in der CH für Ausländer), Beginn: ____/____/____ Ende: ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: ☐ Krippe ☐ Schule ☐ Familie ☐ andere: _____ ☐ unbekannt

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Weitere Fälle im Umfeld: ☐ ja, welche: _____ wie viele: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

Exponierte Personen während der infektiösen Periode (4 Tage vor bis 4 Tage nach Exanthembeginn): ☐ Familie / soz. Umfeld ☐ Arbeit, Krippe, Schule, Sportteam
☐ Spital, Heim, Praxis ☐ identifizierbare Passagiere (Flug, Kreuzfahrt, Pauschalreise)
☐ andere: _____

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin Kenntnis von diesem Fall erstmals erhalten am : ____/____/____ (per Post, Telefon, Mail, etc.)

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____ Datum: ____/____/____

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

^b Bei Spitalaustritt nach Hospitalisation oder im Todesfall muss innerhalb einer Woche eine Ergänzungsmeldung nachgereicht werden