



Listeriose

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

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

Nationalität: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH/FL: _____

Diagnose und Manifestation

 bitte ALLE beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: bei erwachsener Person (ausser schwangerer Frau) sowie einem Kind (älter als 1 Monat):

Fieber Meningitis oder Meningoenzephalitis Sepsis

lokalisierte Infektion (z.B. Arthritis, Endokarditis): _____

andere: _____ keine unbekannt

in Schwangerschaft

Abort, Fehlgeburt, Totgeburt Frühgeburt, Schwangerschaftswoche: _____

andere: _____ keine unbekannt

bei Neugeborenem (jünger als 1 Monat)

Granulomatosis infantiseptica Meningitis oder Meningoenzephalitis

Sepsis Dyspnoe Haut-, Schleimhaut- oder Bindegaufläsionen

andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____ / ____ / ____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: ____ / ____ / ____ Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: ____ / ____ / ____ nein unbekannt

Zustand: Tod, Datum: ____ / ____ / ____

Bemerkung

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel. oder Stempel

Datum: ____ / ____ / ____

Kantonsarzt/-ärztin

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