



MERS – Coronavirus

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m
Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____
Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestation: ☐ Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ☐ Husten ☐ Atembeschwerden ☐ Pneumonie (röntgenbestätigt)
☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) ☐ andere Symptome: _____
Manifestationsbeginn: ____/____/____
Labor: ☐ Referenzlabor NAVI in Genf (<http://virologie.hug-ge.ch>)
☐ anderes Labor, Name/Tel: _____
☐ Labor wurde vorab informiert Entnahme-Datum: ____/____/____ ☐ kein Labor

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ ☐ nein ☐ unbekannt
Todesfolge: ☐ ja, Todesdatum: ____/____/____

Exposition

In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ ☐ unbekannt
Wann: von ____/____/____ bis ____/____/____ ☐ unbekannt
Wie: Kontakt zu Person mit Verdacht auf MERS-CoV: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Falls ja: ☐ in Familie ☐ als Medizinal- oder Pflegepersonal
☐ andere Kontakte: _____
Kontakt zu Dromedaren oder deren Produkte: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Reisetätigkeit nach Manifestationsbeginn: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Falls ja:	Airline:	Flugnr.:	Abflug: Ort/Datum/Zeit	Ankunft: Ort/Datum/Zeit	Sitznr.:

Berufliche Tätigkeit: _____

Massnahmen

Patient isoliert: ☐ ja ☐ nein falls ja: ☐ im Spital ☐ zu Hause Beginn: ____/____/____
Kontaktpersonen identifiziert: ☐ ja ☐ nein falls ja, Anzahl: _____
informiert: ☐ ja ☐ nein
unter Quarantäne: ☐ ja ☐ nein

Andere Massnahmen: _____

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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