



Aussergewöhnlicher epidemiologischer Befund in Spitälern

Innerhalb von 24h an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).^a

Erreger

Identifizierter Erreger: ☐ Candida auris ☐ anderer: _____

Phänotypische Resistenz: _____ Genotypische Resistenz: _____

Genomische Typisierung gemacht oder vorgesehen: ☐ ja ☐ nein Ergebnisse: _____

Vermutete Übertragungswege: ☐ Mensch-zu-Mensch (direkte Übertragung) ☐ Umwelt (indirekte Übertragung durch die Umwelt)

☐ Umweltquelle (über eine gemeinsame Quelle) oder kontaminiertes Medizinprodukt

☐ unbekannt ☐ sonstige: _____

Betroffene/r Patient/in

Hospitalisation: Eintrittsdatum: ____/____/____ Spital: _____

Abteilung/en: _____

Aktueller Aufenthaltsort: ☐ stationär ☐ verlegt am ____/____/____ nach: _____

☐ Austritt nach Hause am ____/____/____ ☐ verstorben

Erste positive Proben: Datum: ____/____/____ Art der Probe: ☐ Blut ☐ Stuhl ☐ Urin ☐ Wunden ☐ Zerebrospinalflüssigkeit

☐ Abstrich intakte Haut/Schleimhaut ☐ Abszess ☐ sonstige: _____

Grund der Entnahme: ☐ Screening ☐ Klinische Indikation: _____

☐ sonstige: _____

Expositionsort

☐ Spital: Name der Einrichtung: _____ Land: _____ Kanton: _____

☐ Sozialmedizinische Institution: Name der Einrichtung: _____ Kanton: _____

☐ unbekannt ☐ sonstige: _____

Weitere Patient/innen

Anzahl Fälle mit symptomatischer Infektion: ____ Anzahl Träger/innen ohne symptomatische Infektion: ____ Anzahl der Kontakte: ____

Anzahl Patient/innen, die einem Screening unterzogen wurden: ____ davon Anzahl positiv: ____ negativ: ____ ausstehend: ____

Im Spital getroffene und geplante Massnahmen

Massnahmen für identifizierte Fälle: ☐ Isolation aller Fälle

☐ Kontaktaufnahme mit der zuweisenden Einrichtung ☐ Kontaktaufnahme mit der Zieleinrichtung bei Austritt

Massnahmen für Kontakte: ☐ Eine Definition für Kontakte liegt vor, nämlich: _____

☐ Isolation aller Kontakte ☐ Screening aller Kontakte ☐ Kontaktaufnahme mit der Zieleinrichtung bei Austritt

Weitere Screenings: ☐ Wiederholte Querschnittscreenings: Abteilungen: _____ Intervall: _____

☐ Screening aller Patient/innen, die ein bestimmtes Kriterium erfüllen, Kriterium: _____

☐ Screening von Umweltproben, Geräten ☐ Kein Screening durchgeführt, Grund: _____

Weitere Massnahmen: _____

Kommentare: _____

Kontaktangaben der meldenden Stelle (Name, Adressen, Tel., E-Mail)

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ keine ☐ Information an die anderen Spitäler des Kantons

☐ weitere: _____

Datum: ____/____/____

^a Informationen zur Meldung von Infektionskrankheiten: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>