



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Trichinellose

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

Diagnose und Manifestation

bitte ALLE beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: ☐ Fieber
☐ Muskelschmerzen
☐ Durchfall
☐ Gesichtssödem oder periorbitales Ödem
☐ Eosinophilie
☐ subkonjunktivale, subunguale oder retinale Blutungen
☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____
Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ ☐ nein ☐ unbekannt
Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Exposition

≤45 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 8 bis 45 Tage)

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ Ort: _____ ☐ unbekannt
Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ ODER Datum der Einreise in CH: ____/____/____ ☐ unbekannt
Wie: ☐ Speise (Einzelheiten): _____
☐ andere: _____ ☐ unbekannt

Bemerkungen

Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): _____

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

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