



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
 - Gesichtsödem 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: ____ / ____ / ____