



Tollwut

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

Manifestationen: Akute Enzephalomyelitis Delirium Epileptische Anfälle Angstzustände
 Sensorische Störungen an der Bissstelle Schluckkrämpfe Hydrophobie Parese oder Paralyse

Manifestationsbeginn: Datum: ____ / ____ / ____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

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

Resultat^b: IF-Nachweis: pos. neg. unbekannt

Histologie: pos. neg. unbekannt

Rabiesvirus in Kultur aus Material: _____

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: ____ / ____ / ____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: Impfausweis Anamnese

gegen Tollwut geimpft: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt γ-Globulingabe

Letzte Dosis im Jahr/Mt.: _____ mit Impfstoff, Markenname: _____

Postexpositionsprophylaxe: ja, Beginn am: ____ / ____ / ____ aktiv passiv unbekannt

Exposition

≤1 Jahr vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 30-365 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____ / ____ / ____ oder Datum der Einreise in CH: ____ / ____ / ____ unbekannt

Wie: Tier zu Mensch: _____

Mensch zu Mensch: _____

unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wieviele: _____ keine unbekannt

Namen und Adressen der einzelnen, Ihnen bekannten, exponierten Personen bitte auflisten:

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>

^b Bitte Befundkopie beilegen