



Aussergewöhnlicher Ausbruch in Spitätern

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

Erreger

Identifizierter Erreger: _____

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: _____

Epidemiologische Merkmale des Ausbruchs zum Zeitpunkt der Meldung

Identifizierte Fälle: Anzahl Fälle mit symptomatischer Infektion: _____ Anzahl Träger/innen ohne symptomatische Infektion: _____

Kontakte: Anzahl der Kontakte: _____

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

Erster entdeckter Fall: Datum: ____/____/_____ Datum der Hospitalisierung: ____/____/_____

Zuletzt entdeckter Fall zum Zeitpunkt der Meldung: Datum: ____/____/_____

Epidemiologischer Zusammenhang zwischen den Fällen: Kumulierung mit zeitlichem/örtlichem Bezug Erkennung durch Screening der Kontakte

Erkennung auf derselben Station durch systematische Screenings Erkennung durch Screening von Patient/innen mit vermuteter gleicher Exposition

noch nicht bekannt sonstige: _____

Vom Ausbruch betroffenes Spital: _____

Vom Ausbruch / von Fällen betroffene Abteilungen: _____

Expositionsort des ersten entdeckten Falles

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

Sozialmedizinische Institution: Name der Einrichtung: _____ Kanton: _____

unbekannt sonstige: _____

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 Querschnitts screenings: Abteilungen: _____ Intervall: _____

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

Screening von Umweltproben, Geräten

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: ____/____/_____