



# Gelbfieber

## 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:  hämorrhagische Zeichen: \_\_\_\_\_

Fieber bis \_\_\_\_ °C  Hepatitis  Albuminurie  Niereninsuffizienz

andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  anderer: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultat:  Virus in Kultur nachgewiesen  pos. Genomtest  pos. Serologie  negativ  Resultat noch ausstehend  
 Malaria tests neg.

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Austrittsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

Zustand:  Tod, Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss:  Impfausweis  Hausarzt  Anamnese

gegen Gelbfieber geimpft:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

letzte Dosis: im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff, Markenname: \_\_\_\_\_

Impfstelle, Name/Adresse: \_\_\_\_\_

### Exposition

≤2 Wochen vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ≤ 6 Tage)

Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt

Ort: \_\_\_\_\_

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Datum Einreise in CH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  Aufenthalt in ländlichem Gebiet  anderes: \_\_\_\_\_  unbekannt

Exponierte Personen:  ja, welche: \_\_\_\_\_ wie viele: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

### Bemerkungen

**Arzt/Ärztin** Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_