



Chikungunya-Fieber

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

Manifestation: Fieber oder Fieber gemäss Anamnese Gelenkschmerzen (Polyarthritis) Muskelschmerzen Hautausschlag hämorrhagische Zeichen
 Kopfschmerzen andere: _____ keine

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition anderer: _____

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

Dokumentierte Serokonversion: ja nein

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: ____/____/____

Exposition

Inkubationszeit: 3 bis 12 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 12 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten? ja nein unbekannt

Falls ja, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

Falls nein, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert?

Ort: _____ unbekannt

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

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

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