



Enterohämorrhagische *Escherichia coli*

(EHEC, VTEC, STEC)

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation (bitte ALLE beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestationen: ☐ Durchfall ☐ Durchfall, blutig ☐ Bauchschmerzen
☐ akutes Nierenversagen **und** einer der folgenden zwei Befunde:
☐ Mikroangiopathische hämolytische Anämie
☐ Thrombozytopenie
☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ Zufallsbefund ☐ anderer: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: ☐ Stuhl / Analabstrich ☐ anderes: _____

Verlauf

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

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Exposition

≤10 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-10 Tage)

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

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

Wie: ☐ durch Speise/Getränke: _____
☐ durch Kontakt mit Patient/Träger: _____
☐ durch Kontakt mit Vieh, Tierkot oder Dünger: _____ ☐ unbekannt

Exponierte Personen: ☐ ja, welche: _____ wie viele: ____ ☐ keine ☐ unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

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>