



Tuberkulose (TB) Ergänzungsmeldung

Patient/in

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

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

Verlauf

Datum des Behandlungsbeginns: ____ / ____ / ____

Datum der klinischen Beurteilung: ____ / ____ / ____

Behandlungsresultat/Behandlungsabschluss: ____ / ____ / ____

Datum der letzten Tabletteneinnahme: ____ / ____ / ____

Behandlungsresultat

Bitte nur **eine** Antwort ankreuzen

Geheilte Lungentuberkulose: Patient mit beim Behandlungsbeginn bakteriologisch bestätigter Lungentuberkulose, der gemäss Richtlinien vollständig behandelt wurde und bei dem der Erfolg mikrobiologisch bestätigt wurde. Bei resistenter Tuberkulose muss die Konversion mittels Kultur nachgewiesen werden.

Therapie abgeschlossen: Patient, bei dem die Behandlung klinisch als Erfolg beurteilt wird und der gemäss Richtlinien vollständig behandelt wurde, eine mikrobiologische Bestätigung aber nicht möglich respektive nicht zumutbar ist.

Therapieversagen: Patient, bei dem die Behandlung mit Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol und/oder Pyrazinamid gewechselt werden muss, weil

die Behandlung klinisch nicht anspricht und/oder die Kulturen positiv bleiben.

unerwünschte Wirkungen auf die Medikamente aufgetreten sind.

das Labor Resistenzen meldet.

Todesfall: Patient, der vor Behandlungsbeginn oder während der Behandlung aufgrund von TB oder anderen Gründen verstorben ist.

Therapieunterbruch: Patient, bei dem die Behandlung während mehr als 2 aufeinander folgenden Monate oder länger unterbrochen wurde.

Überweisung an eine andere Behandlungseinheit

Name/Vorname des/der neuen behandelnden Arztes/Ärztin: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ Kanton: _____

Unbekanntes Behandlungsresultat: Patient, bei dem eine Zuordnung zu den obgenannten Kategorien nicht möglich ist.

Keine Tuberkulose: Die laboranalytischen Befunde zeigen im Verlauf, dass es sich nicht um Tuberkulose handelt (z.B. atypische Mykobakterien, Kontamination, Fehler in der Analytik)

Bemerkungen

Behandelnde/r Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel. oder Stempel

Datum: ____ / ____ / ____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ____ / ____ / ____