



West-Nil-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

Manifestationen: Fieber oder Fieber gemäss Anamnese Meningitis Enzephalitis

andere: _____ keine

Manifestationsbeginn: Labor: Datum: ____/____/____ unbekannt

Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

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

Dokumentierte Serokonversion: ja nein

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: ____/____/____

Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?	geimpft?	
Gelbfieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____		
Dengue:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____		

Exposition Inkubationszeit: 2 - 14 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 14 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten? ja nein unbekannt
falls ja, Land: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ unbekannt

Wie: Mückenstich

Kontakt mit Vögeln

Bluttransfusion/Transplantation, Datum der Transfusion/Transplantation: ____/____/____

Institution (Name, Adresse): _____

andere: _____

unbekannt

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel.:

Bemerkungen

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

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