



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
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<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: ____/____/____