



Mpox

Meldung zum klinischen Befund innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt.^a

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Gender: ☐w ☐m ☐trans (MtF)^b ☐trans (FtM)^b ☐VGE^b

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____ Nationalität: _____

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____ Berufliche Tätigkeit: _____

Diagnose und Manifestation

Labor: Name/Tel.: _____ Entnahmedatum: ____/____/____

Symptome: Manifestationsbeginn: ____/____/____

Hautläsionen wie Bläschen/Pusteln/Krusten: ☐ genital/anal ☐ Gesicht ☐ Extremitäten ☐ andere Lokalisationen

☐ Lymphadenopathie ☐ Myalgie ☐ Kopfschmerzen ☐ Rückenschmerzen ☐ Asthenie ☐ akut auftretendes Fieber (>38,5°C)

☐ keine ☐ andere: _____

Exposition In den letzten 21 Tagen vor Manifestationsbeginn.

Wo: Land der Exposition: _____ Ort der Exposition: _____ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: Wahrscheinlicher Übertragungsweg: ☐ Sexualkontakt mit: ☐ w ☐ m ☐ andere ☐ Kontakt im Haushalt
☐ Kontakt als Medizinal- / Pflegepersonal ☐ Kontakt mit (potenziell) infizierten Wildtieren
☐ anderer: _____

Kontakt mit laborbestätigtem Affenpocken-Fall: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Nach Manifestationsbeginn:

Enger Personenkontakt: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Bemerkung: _____

Internationale Reisetätigkeit: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Bemerkung: _____

Impfstatus Pockenimpfung (frühere Pockenimpfprogramme): ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt gemäss: ☐ Impfausweis ☐ Anamnese
Affenpockenimpfung: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt gemäss: ☐ Impfausweis ☐ Anamnese

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

Therapie: ☐ Tecovirimat ☐ andere antivirale Medikamente: _____

Todesfolge: ☐ ja, Todesdatum: ____/____/____ Todesursache: ☐ Affenpocken ☐ andere ☐ unbekannt

Sofortmassnahmen Massnahmen bei laborbestätigtem Fall: ☐ ja ☐ nein
Massnahmen bei Kontaktpersonen: ☐ ja ☐ nein/nicht notwendig
Massnahmen bei Gesundheitsfachpersonen: ☐ ja ☐ nein/nicht notwendig

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin Name, Adresse, Tel., (oder Stempel)

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

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).