



Ebola-Fieber

Meldung zum klinischen Befund
Ergänzend zur telefonischen Meldung,
die in 2 Stunden zu erfolgen hat.

Bitte ausfüllen und umgehend an
BAG und Kantonsärztin/-arzt
senden.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: ☐ akutes Fieber $\geq 38,5^\circ\text{C}$: ____°C ☐ hämorrhagische Zeichen
☐ andere Symptome: _____ ☐ keine

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____

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

☐ Referenzlabor NAVI in Genf (<http://virologie.hug-ge.ch>)

☐ anderes Labor, Name/Tel.: _____

☐ Labor wurde vorab informiert

Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: _____ ☐ kein Labor

Experimentelle Impfung gegen Ebola: ☐ ja, Datum: ____/____/____ welche: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ Spital (Name Abteilung, Tel.): _____ ☐ nein

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Exposition

In den letzten 21 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: Aufenthalt in einem Endemiegebiet? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: ☐ Ausland Land: _____ Orte: _____ ☐ unbekannt

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: ____/____/____ Datum Einreise in CH: ____/____/____ ☐ unbekannt

Falls nein: ☐ CH Ort/Gebiet: _____ ☐ unbekannt

Wie: ☐ in Familie ☐ als Medizinal- oder Pflegepersonal ☐ andere Kontakte: _____ ☐ unbekannt

Wann: von: ____/____/____ bis: ____/____/____ ☐ unbekannt

Reisetätigkeit nach Manifestationsbeginn? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Falls ja: Wurden Flugreisen unternommen? ☐ ja ☐ nein am: ____/____/____ ; ____/____/____ ☐ unbekannt

Massnahmen

Patient isoliert: ☐ ja ☐ nein Beginn: ____/____/____

Kontaktpersonen identifiziert: ☐ ja ☐ nein falls ja, Anzahl: _____ ☐ Suche noch nicht eingeleitet

Falls ja: informiert: ☐ ja ☐ nein

unter Quarantäne: ☐ ja ☐ nein

Andere Massnahmen: _____

Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): _____

Bemerkungen

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Weitere Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____