



Malaria

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Geschlecht: ☐ w ☐ m

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____

Herkunftsland^b: ☐ CH ☐ anderes: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestation: ☐ Fieber oder Fieber gemäss Anamnese

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____

Methode: ☐ Mikroskopie ☐ Schnelltest ☐ andere: _____

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ Zufallsbefund

Resultat: ☐ *P. falciparum* ☐ *P. vivax* ☐ *P. ovale* ☐ *P. malariae* ☐ *Plasmodium* ohne Typisierung ☐ Parasitämie: ____ ‰

Verlauf

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

Ambulante Behandlung: ☐ ja ☐ nein

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Exposition ≤12 Monate vor Manifestationsbeginn

Hat sich die Person vor der Diagnose in einem bekannten Endemiegebiet aufgehalten? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Falls ja, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

Aufenthaltsdauer im Malariagebiet (Total Land 1+2+3): _____ Tage Ausreisedatum aus Malariagebiet: ____/____/____

Hat sich die Person vor Reiseantritt bei Arzt oder Beratungsstelle informiert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Falls nein, geben Sie den möglichen Ursprung der Infektion an:

☐ Aufenthalt früher als 12 Monate vor der Diagnose in einem Malariagebiet, wo genau: _____

☐ kongenitale Malaria ☐ induzierte Malaria (z.B. Transfusion) ☐ eingeschleppte Malaria (z.B. Flughafenmalaria)

Wahrscheinlichste Risikokategorie für Malaria (eine Antwort möglich):

☐ Tourist ☐ Immigrant (alle Kategorien, inkl. Adoption)

☐ Besuch von Familienangehörigen/Freunden ☐ andere: _____

☐ Ausübung des Berufes (z.B. Dienstreise) ☐ unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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

^b Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.