



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

Tuberkulose (TB)

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

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

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Geburtsland: _____

Bei Personen mit Nationalität/Geburtsland anders als CH, Datum der Einreise in die Schweiz (Monat/Jahr): ____/____

Diagnose und Manifestation

Befallene Organe: ☐ Lunge ☐ intrathorakale Lymphknoten ☐ extrathorakale Lymphknoten
☐ Pleura ☐ Meningen ☐ ZNS (nicht meningeal)
☐ urogenital ☐ Peritoneum/Verdauungstrakt ☐ disseminierte Form
☐ Wirbelsäule ☐ Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule) ☐ andere Lokalisationen: _____

Labor: Name/Tel: _____

Bei mehreren Proben aus dem gleichen Material mit diskordantem Resultat: bitte nur die positiven Resultate ankreuzen.

	Direkte PCR (Xpert o. ä.)				Mikroskopie				Kultur			
	pos	neg	aus- stehend	nicht durchgeführt	pos	neg	aus- stehend	nicht durchgeführt	pos	neg	aus- stehend	nicht durchgeführt
Sputum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronchialsekret/ -aspirat/-lavage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anderes Material: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Verlauf

Anamnese: Wurde jemals eine TB diagnostiziert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Falls ja, Datum der Diagnose (Monat/Jahr): ____/____/____ ☐ unbekannt
Frühere Behandlung mit Antituberkulotika während > 1 Monat? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Falls ja, wann (Monat/Jahr): ____/____/____ ☐ unbekannt

Aktuelle Therapie: Datum Therapiebeginn (oder der Diagnose falls keine Behandlung begonnen): ____/____/____
Datum geplanter Therapieabschluss: ____/____/____
Medikamente bei Beginn der Behandlung: ☐ Isoniazid ☐ Rifampicin ☐ Pyrazinamid ☐ Ethambutol
☐ Delamanid ☐ Bedaquilin ☐ Moxifloxacin ☐ Linezolid
☐ anderes Antituberkulotikum: _____
Falls keine Behandlung, Tod vor Therapiebeginn? ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen

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

Behandelnde/r Arzt/Ärztin Name, Adresse

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

^a Massgeblich ist der Wohnkanton des/der Patienten/in, bei fehlendem Wohnkanton der Ort der Behandlung. Bitte melden Sie alle kulturell bestätigten Tuberkulosefälle sowie alle anderen Fälle, bei denen eine Behandlung mit mindestens drei Medikamenten begonnen wurde.

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