



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Zika-Virus Infektion

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: ☐ Hautausschlag ☐ Fieber ☐ Bindehautentzündung ☐ Gelenkschmerzen ☐ Muskelschmerzen

☐ neurologische Symptome^b: _____

☐ andere: _____ ☐ keine

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: ➔ Die Proben ans NAVI^c senden.

➔ behandelnde/r Gynäkologe/in oder spezialisiertes Zentrum (fetomaternale Medizin) (Name, Adresse): _____

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: _____

Dokumentierte Serokonversion: ☐ ja ☐ nein

Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?		geimpft?		
Gelbfieber:	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein	☐ unbekannt
FSME:	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein	☐ unbekannt
Japanische Enzephalitis:	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein	☐ unbekannt
Hepatitis C:	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein			
West-Nil-Fieber:	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein			
Dengue-Fieber:	☐ ja, Jahr: _____	☐ nein			

Exposition

Inkubationszeit: 3 bis 12 Tage

War die Person während der 12 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland exponiert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

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

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

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

Falls nein, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert? Ort: _____ ☐ unbekannt

Hat sich die Person beim ungeschützten Geschlechtsverkehr exponiert? ☐ ja ☐ nein ☐ 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 z.B. Guillain-Barré-Syndrom

^c NAVI = Nationales Zentrum für neuauftretende Viruserkrankungen (<http://virologie.hug-ge.ch>)