



Affenpocken (Monkeypox)

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 nein/nicht

Massnahmen bei Gesundheitsfachpersonen: ja 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).