



# Gelbfieber

## 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:  hämorrhagische Zeichen: \_\_\_\_\_  
 Fieber bis \_\_\_\_\_°C  Hepatitis  Albuminurie  Niereninsuffizienz  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt  
Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  anderer: \_\_\_\_\_  
Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Resultat:  Virus in Kultur nachgewiesen  pos. Genomtest  pos. Serologie  negativ  Resultat noch ausstehend  
 Malaria-tests neg.

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Austrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt  
Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss:  Impfausweis  Hausarzt  Anamnese  
gegen Gelbfieber  
geimpft:  ja, mit total \_\_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt  
letzte Dosis: im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff, Markenname: \_\_\_\_\_  
Impfstelle, Name/Adresse: \_\_\_\_\_

### Exposition ≤2 Wochen vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ≤ 6 Tage)

Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt  
Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
Wie:  Aufenthalt in ländlichem Gebiet  anderes: \_\_\_\_\_  unbekannt  
Exponierte Personen:  ja, welche: \_\_\_\_\_ wie viele: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

### Bemerkungen

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

Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_