



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

Tuberkulose

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/Herkunftsland anders als CH, Datum der Einreise in die Schweiz (Monat/Jahr): __/____

Diagnose und Manifestation

Befallene Organe:

<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> intrathorakale Lymphknoten	<input type="checkbox"/> extrathorakale Lymphknoten
<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Meningen	<input type="checkbox"/> ZNS (nicht meningal)
<input type="checkbox"/> urogenital	<input type="checkbox"/> Peritoneum/Verdauungstrakt	<input type="checkbox"/> disseminierte Form
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/> andere Lokalisationen: _____

Labor: Name/Tel.: _____

Direkte Mikroskopie: Sputum positiv negativ ausstehend nicht durchgeführt

Bronchialsekret oder Bronchiallavage positiv negativ ausstehend nicht durchgeführt

Molekular-biologischer Direktnachweis: Material: _____ positiv negativ ausstehend nicht durchgeführt

Kultur: Material: _____ positiv negativ ausstehend nicht durchgeführt

Verlauf

Anamnese: Wurde jemals eine TB diagnostiziert? ja nein unbekannt

Falls ja, Datum der Diagnose (Monat/Jahr): __/____ unbekannt

Wurde die Person früher während mind. 1 Monat mit Antituberkulotika behandelt? ja nein unbekannt

Therapie: Datum Therapiebeginn (oder der Diagnose falls keine Behandlung begonnen): __/__/____

Medikamente bei Beginn der Behandlung: Isoniazid Rifampicin Pyrazinamid Ethambutol
 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: _____

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

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 <http://www.bag.admin.ch/infreporting>