



Enterohämorrhagische *Escherichia coli*

(EHEC, VTEC, STEC)

Meldung zum klinischen Befund

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

Patient/in

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

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

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation (bitte ALLE beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestationen: Durchfall Durchfall, blutig Bauchschmerzen

akutes Nierenversagen **und** einer der folgenden zwei Befunde:

Mikroangiopathische hämolytische Anämie

Thrombozytopenie

andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

Entnahme: Datum: __/__/____ Material: Stuhl /
Analabstrich anderes: _____

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ nein unbekannt

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Exposition ≤10 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-10 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ oder Datum der Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Wie: durch Speise/Getränke: _____

durch Kontakt mit Patient/Träger: _____

durch Kontakt mit Vieh,
Tierkot oder Dünger: _____ unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wie viele: ____ keine unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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