



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Malaria

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

Initiale Name: \_\_\_\_\_ Initiale Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Geschlecht:  w  m  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Herkunftsland<sup>b</sup>:  CH  anderes: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Manifestation:  Fieber oder Fieber gemäss Anamnese  
Manifestationsbeginn: Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  unbekannt  
Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Entnahme: Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Methode:  Mikroskopie  Schnelltest  andere: \_\_\_\_\_  
Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Zufallsbefund  
Resultat:  *P. falciparum*  *P. vivax*  *P. ovale*  *P. malariae*  *Plasmodium* ohne Typisierung  Parasitämie: \_\_\_ %

### Verlauf

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

### Exposition ≤12 Monate vor Manifestationsbeginn

Hat sich die Person vor der Diagnose in einem bekannten Endemiegebiet aufgehalten?  ja  nein  unbekannt

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

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsdauer im Malariagebiet (Total Land 1+2+3): \_\_\_\_\_ Tage Ausreisedatum aus Malariagebiet: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hat sich die Person vor Reiseantritt bei Arzt oder Beratungsstelle informiert?  ja  nein  unbekannt

**Falls nein**, geben Sie den möglichen Ursprung der Infektion an:

- Aufenthalt früher als 12 Monate vor der Diagnose in einem Malariagebiet, wo genau: \_\_\_\_\_  
 kongenitale Malaria  induzierte Malaria (z.B. Transfusion)  eingeschleppte Malaria (z.B. Flughafenmalaria)

Wahrscheinlichste Risikokategorie für Malaria (eine Antwort möglich):

- Tourist  Immigrant (alle Kategorien, inkl. Adoption)  
 Besuch von Familienangehörigen/Freunden  andere: \_\_\_\_\_  
 Ausübung des Berufes (z.B. Dienstreise)  unbekannt

### Bemerkungen

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

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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

<sup>a</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.