



# MERS – Coronavirus

## 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

Manifestation:  Fieber  $\geq 38^{\circ}\text{C}$   Husten  Atembeschwerden  Pneumonie (röntgenbestätigt)  
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  andere Symptome: \_\_\_\_\_  
 Manifestationsbeginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Labor:  Referenzlabor NAVI in Genf (<http://virologie.hug-ge.ch>)  
 anderes Labor, Name/Tel: \_\_\_\_\_  
 Labor wurde vorab informiert Entnahme-Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  kein Labor

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt  
 Todesfolge:  ja, Todesdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Exposition

In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt  
 Wann: von \_\_/\_\_/\_\_\_\_ bis \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
 Wie: Kontakt zu Person mit Verdacht auf MERS-CoV:  ja  nein  unbekannt  
 Falls ja:  in Familie  als Medizinal- oder Pflegepersonal  
 andere Kontakte: \_\_\_\_\_

Kontakt zu Dromedaren oder deren Produkte:  ja  nein  unbekannt

Reisetätigkeit nach Manifestationsbeginn:  ja  nein  unbekannt

Falls ja:	Airline:	Flugnr.:	Abflug: Ort/Datum/Zeit	Ankunft: Ort/Datum/Zeit	Sitznr.:
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Massnahmen

Patient isoliert:  ja  nein falls ja:  im Spital  zu Hause Beginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Kontaktpersonen identifiziert:  ja  nein falls ja, Anzahl: \_\_\_\_\_  
 informiert:  ja  nein  
 unter Quarantäne:  ja  nein

Andere Massnahmen: \_\_\_\_\_

### 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>