



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h an
BAG und Kantonsärztin/-arzt
senden.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77

Poliomyelitis

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: akute schlaffe Parese der Extremitäten Bulbärparalyse
 sensorische Defizite kognitive Defizite andere: _____

Risikofaktoren: keine unbekannt Immunsuppression andere: _____

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

Entnahme: Datum: __/__/____ Material: Stuhlproben: ja, Anzahl _____ keine unbekannt
 anderes: _____

Resultat: negativ unbekannt
 Poliovirus in Kultur Pos. Genomtest Serokonversion (Resultatkopie beilegen)
Virustyp: unbekannt 1 2 3 Wildvirus Impfvirus: _____

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: Impfausweis/Krankengeschichte Anamnese

gegen Polio geimpft: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

1. Dosis in Jahr/Mt.: ____/____ oral parenteral

Letzte Dosis im Datum: __/__/____ mit Impfstoff, Markenname: _____ Lot-Nr. _____

Exposition

≤4 Wochen vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 4-21 Tage)

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

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

Wie: Kontakt mit oral Geimpftem Arbeit mit Polioviren Patientenkontakt unbekannt

Beschreibung: _____

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wieviele: _____ keine unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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