



# Typhus abdominalis / Paratyphus

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h  
an Kantonsarzt/-ärztin senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

## Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestationen

Diagnose:  Abdominaltyphus  Paratyphus  Ausscheider, seit Monat/Jahr: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Manifestation:  anhaltendes Fieber  Kopfschmerzen  relative Bradykardie  
 Husten ohne Auswurf  Durchfall, Verstopfung, Unwohlsein oder Bauchschmerzen  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Zufallsbefund  anderer: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

## Verlauf

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

Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss:  Impfausweis/Krankengeschichte  Anamnese

Geimpft gegen *S. typhi*:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

Letzte Dosis in Monat/Jahr: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mit Impfstoff, Markenname: \_\_\_\_\_

## Exposition < 60 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit *S. Typhi* 3-60 Tage, i.d.R. 8-14 Tage; *S. Paratyphi* 1-10 Tage)

Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ODER Datum der Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  Speisen/Getränke (Einzelheiten): \_\_\_\_\_  
 Kontakt mit Patient/Träger: \_\_\_\_\_  
 andere: \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_