



Labormeldung

Bitte ausfüllen und Kopien an das BAG und den Kantonsarzt senden. Besten Dank!*

2004V1, Form. LAB

vertikal

	Täglich melden	Methode**	Benötigte weitere Angaben
Initialien	<input type="checkbox"/> Häufung (anonym)		bei ≥ 2 unerwarteten Fällen vom gleichen Ort.
voller Name	<input type="checkbox"/> <i>Bacillus anthracis</i>	<input type="checkbox"/> C	Typ, PCR.
	<input type="checkbox"/> <i>Clostridium botulinum</i>	<input type="checkbox"/> C	Typ, Toxin-Nachweis
	<input type="checkbox"/> <i>Corynebacterium diphtheriae</i>	<input type="checkbox"/> C	Typ, Toxin-Nachweis
	<input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S	Entnahmedatum, Material, serologische Methode, Resultat.
	<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A	Typ (nur von normalerweise sterilem Material).
	<input type="checkbox"/> Hämorrhagische Fiebertypen	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S	IgM oder Serokonversion, Erreger.
	<input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A	Serogruppe (nur von normalerweise sterilem Ort, Isolate an Nationales Zentrum für Meningokokken senden).
	<input type="checkbox"/> Polioviren	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S	Titeranstieg $\geq 4x$, Serokonversion
	<input type="checkbox"/> Pockenviren (Variola/Vaccinia)	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> E	Entnahmedatum, Material, Titeranstieg; Proben sind an das vom BAG bezeichnete Referenzzentrum zu senden.
	<input type="checkbox"/> Rabiesvirus	<input type="checkbox"/> C	
<input type="checkbox"/> SARS-Coronavirus pos.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S	Entnahmedatum, Material; es sind sowohl positive wie auch negative Testresultate zu melden. Jeder positive Nachweis des SARS-Coronavirus muss in einem Referenzlaboratorium bestätigt werden.	
<input type="checkbox"/> SARS-Coronavirus neg.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S		
Initialien	<input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i>	<input type="checkbox"/> C	Typ.
<input type="checkbox"/> <i>Yersinia pestis</i>	<input type="checkbox"/> C		
	Wöchentlich melden	Methode**	Benötigte weitere Angaben
	<i>M. tuberculosis</i> -Komplex	Bitte spezielles Formular verwenden.	
voller Name	<input type="checkbox"/> Hepatitis-A-Virus	<input type="checkbox"/> S	anti-HAV-IgM.
	<input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Virus	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> HBs Ag und / oder <input type="checkbox"/> anti-HBc-IgM.
	<input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Virus	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S	Methode (anti-HCV und pos. Bestätigungstest).
	<input type="checkbox"/> <i>Legionella</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> G	Serologische Methode, Antikörper-Titer, Species.
	<input type="checkbox"/> Prionen		<input type="checkbox"/> Histologie <input type="checkbox"/> PrP ^{Sc} Nachweis <input type="checkbox"/> 14-3-3 Proteine im Liquor bei Verdacht auf CJD.
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i>	<input type="checkbox"/> C	Species, Typ.	
Initialien	<input type="checkbox"/> <i>Brucella</i>	<input type="checkbox"/> C	Material, Species, Resultat.
	<input type="checkbox"/> <i>Campylobacter</i>	<input type="checkbox"/> C	Species.
	<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A	Methode (nur von Genitaltrakt).
	<input type="checkbox"/> E.coli, Verotoxin-produzierend	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A	Serotyp, Toxintyp.
	<input type="checkbox"/> HIV: <input type="checkbox"/> HIV1 <input type="checkbox"/> HIV2	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S	Wenn bestätigt pos. gem. Testkonzept in Bull BAG vom 27.4.98.
	<input type="checkbox"/> Influenzavirus	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A	Typ.
	<input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i>	<input type="checkbox"/> C	Material.
	<input type="checkbox"/> Masernvirus	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S	Serologische Methode (IgM, Titeranstieg $\geq 4x$ oder Serokonversion)
	<input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G	Material.
	<input type="checkbox"/> <i>Plasmodium</i>		Species, Methode: <input type="checkbox"/> Mikroskopie <input type="checkbox"/> Schnelltest.
<input type="checkbox"/> <i>Shigella</i>	<input type="checkbox"/> C	Species.	
<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A	Material (nur von normalerweise sterilem Material).	
<input type="checkbox"/> Zeckenenzephalitisvirus	<input type="checkbox"/> S	Detaillierte Resultate (IgM, Titeranstieg $\geq 4x$ oder Serokonversion).	
Benötigte Angaben: Entnahmedatum: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		Material: _____	
Species: _____			
weitere: _____			
Patient***: Name und Vorname: _____ oder Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____			
Geburtsdatum: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Kanton: _____ PLZ/Wohnort***: _____			
Arzt: Name, Adresse, Tel/Fax Nr: _____		Labor: Name, Adresse, Tel/Fax Nr (oder Stempel): _____	
Datum: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		Unterschrift: _____	

* Formulare sind abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/infreporting/forms/d/index.htm>
 ** C = Kultur/Isolat; G = Genom (DNS/RNS); A = Antigen; S = Serologie; E=Elektronenmikroskopie
 *** Bei HIV den ersten Buchstaben und die Anzahl der Buchstaben des Vornamens eintragen, z.B. H4 für Hans, und PLZ/Wohnort leer lassen.