



# Tuberkulose 2012

Diese Ergänzungsmeldung\* bitte ausfüllen und innerhalb einer Woche an den/die Kantonsarzt/-ärztin und nicht direkt ans BAG senden (massgeblich ist der Wohnkanton des/der Patienten/in, bei fehlendem Wohnkanton der Ort der Behandlung). Bitte melden Sie alle kulturell bestätigten Tuberkulosefälle sowie alle anderen Fälle, bei denen eine Behandlung mit mindestens drei Medikamenten begonnen wurde.

## Patient/in

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

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

Wohnland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Falls Ausländer/in, Datum Einreise in die Schweiz: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Kategorie:  Asylsuchende/r, Flüchtling  
 Ausl. Arbeitnehmer/in und Angehörige  Andere Kategorie Ausländer/innen: \_\_\_\_\_

## Klinik

Befallene Organe:  Lunge  intrathorakale Lymphknoten  extrathorakale Lymphknoten  
 Pleura  Meningen  ZNS (nicht meningeal)  
 urogenital  Peritoneum/Verdauungstrakt  disseminierte Form  
 Wirbelsäule  Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule)  andere Lokalisationen: \_\_\_\_\_

## Diagnostik

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Direkte Mikroskopie:  Sputum  positiv  negativ  ausstehend  nicht durchgeführt  
 Bronchialsekret oder Bronchiallavage  positiv  negativ  ausstehend  nicht durchgeführt  
Kultur: Material: \_\_\_\_\_  positiv  negativ  ausstehend  nicht durchgeführt

## Frühere Tuberkulose-Diagnose (Anamnese)

Falls frühere Tuberkulose: Datum der Diagnose: \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_  ja  nein  unbekannt  
Wurde die Person bereits früher einmal während mindestens einem Monat mit Antituberkulotika behandelt?  ja  nein  unbekannt

## Aktuelle Behandlung

Datum des Therapiebeginns oder der Diagnose (falls keine Behandlung begonnen): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Medikamente bei Beginn der Behandlung:  Isoniazid  Rifampicin  Pyrazinamid  Ethambutol  
 anderes Antituberkulotikum: \_\_\_\_\_  
Falls keine Behandlung, Tod vor Therapiebeginn?  ja  nein

## Bemerkungen

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

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

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: \_\_\_\_\_

## Kantonsarzt/-ärztin

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