



Diese Labormeldung\* bitte ausfüllen und in 1 Woche Kopien an das BAG und den/die Kantonsarzt/-ärztin senden (massgeblich ist der Wohnkanton des Patienten).

# Labormeldung Tuberkulose

2012

**Patient/in**

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

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

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

Auftraggeber (Arzt, Spital, anderes Labor): \_\_\_\_\_

**Sputum**

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**1. Nachweismethode:**

	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht
a) Mikroskopischer Direktnachweis (Auramin, Ziehl-Neelsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei Nachweis von säurefesten Stäbchen im Sputum bitte nur das graue Feld ausfüllen und sofort eine erste Meldung an den Kantonsarzt und das BAG senden.**

**Anderes Material:**

welches? \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte dasselbe Formular verwenden um die weiteren Resultate 1b, 1c, 2 und 3 an den Kantonsarzt und das BAG zu melden.

	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht
b) Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Molekular-biologischer Direktnachweis (nur melden falls Mikroskopie positiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Spezies:**  *M. tuberculosis*  *M. bovis*  *M. africanum*  *M. tuberculosis*-Komplex  *M. caprae*

**3. Resistenzprüfung:**

Antituberkulotikum	getestete Konzentration (mg/L)	sensibel	resistent	intermediär
Isoniazid	0.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifampicin	1.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifampicin-resistente Isolate bitte an das Nationale Zentrum für Mykobakterien senden: Institut für Medizinische Mikrobiologie, Gloriastrasse 30/32, 8006 Zürich	2.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethambutol	2.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyrazinamid	100.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bemerkungen**

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