



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Meldepflichtige Krankheiten

Einführungskurs für Ärztinnen und Ärzte, 9. November 2018

Evelyne Huber, Pflegefachfrau

Übersicht

1. Beispiel_Einleitung
2. Gesetzliche Grundlagen
3. Meldepflichtige Krankheiten
4. Referenzunterlagen _ Ressourcen
5. Beispiele

Einleitung – Beispiel



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

REQUELE

- 9 SEP. 2016

2016
Barassen

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Enterohämorrhagische Escherichia coli – Infektion (EHEC, VTEC, STEC)

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: w m
Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: FR Tel.: _____

Nationalität: CH andere:

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation (bitte ALLE beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestationen: Durchfall Bauchschmerzen
 akutes Nierenversagen und einer der folgenden zwei Befunde:
 Mikroangiopathische hämolytische Anämie
 Thrombozytopenie
 andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: 15.8.2016 unbekannt

Labor: Name/Tel.: MCL 0800 625 625

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

Entnahme: Datum: 26.8.2016 Material: Stuhl

Resultat (Bitte beschreiben oder Befundkopie beilegen): EHEC positiv ausstehend

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: / /

Exposition

≤10 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-10 Tage)

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

Wann: Expositionsdatum: 14.8.2016 oder Datum der Einreise in CH: / / unbekannt

Wie: durch Speise/Getränke: Frösche, Koeniggräber, Schlagspargan durch Kontakt mit Patient/Träger: _____

durch Kontakt mit Vieh, Tierkot oder Dünger: _____ unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wie viele: _____ keine unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen
Weitere Kontrollen bei Hausärztin

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

Datum: 6.9.2016 Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Dr Thomas PLATTNER, MPH
Spécialiste FMH en médecine légale
Médecin cantonal adjoint
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
Tél. 026 308 79 80 Fax 026 308 79 81
e-mail: thomas.plattner@fr.ch

Massnahmen: nein ja: _____ Datum: 12.9.16 Unterschrift: DR. T. PLATTNER

Gesetzliche Grundlagen

Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG)

vom 28. September 2012

Art. 2 Zweck: [...] den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhüten und bekämpfen

Art.12 Meldepflicht: **Ärztinnen und Ärzte** [...] melden Beobachtungen zu übertragbaren Krankheiten mit den Angaben, die zur Identifizierung der erkrankten, infizierten oder exponierten Personen sowie zur Feststellung des Übertragungswegs notwendig sind.

Gesetzliche Grundlagen

Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV)

vom 29. April 2015

Art. 6 **Meldungen von klinischen Befunden (Ärztinnen und Ärzte)**

(Diagnose, Exposition, Impf- und Immunstatus, Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe, getroffenen Massnahmen, Angaben zur betroffenen Person, usw.).

Art. 7 **Ergänzungsmeldungen von klinischen Befunden (Ärztinnen und Ärzte)**

(Informationen bzgl. Entwicklung und getroffene Massnahmen)

Art. 9 **Meldungen von epidemiologischen Befunden (Ausbrüche)**

Art. 8 *Meldungen von laboranalytischen Befund*

Gesetzliche Grundlagen

Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen

vom 1. Dezember 2015

Jährliche Aktualisierung

Einzelheiten der Meldung:

- Liste der meldepflichtige Krankheiten
- Meldefrist (Meldefristen mit Stundenangaben gelten auch ausserhalb der Werkstage)
- Meldekriterien (Verdacht, positiver laboranalytischer Befund)
- Datendetails (Person, Beobachtung)

Gesetzliche Grundlagen

Gesundheitsgesetz (GesG)

vom 16. November 1999

Art. 119 b) Meldepflicht

Die Gesundheitsfachpersonen, die zur Meldung von übertragbaren Krankheiten des Menschen und von Tierseuchen verpflichtet sind, müssen der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt beziehungsweise der Kantonstierärztin oder dem Kantonstierarzt fristgemäß die in der Bundesgesetzgebung vorgesehenen Erkrankungsfälle melden.

...

Es gibt keine gesetzliche Grundlage im Zusammenhang mit der Entschädigung für diese Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte.

Meldepflichtige Krankheiten

Was melden?

... Die Liste der **meldepflichtigen Krankheiten** finden Sie auf der BAG-Website

Jede Häufung von Beobachtungen und alle aussergewöhnlichen Beobachtungen

Warum ?

... alle Fälle erfassen (Statistiken/Verlauf)

... Ausbreitung verhindern (Vorgehen)

Meldepflichtige Krankheiten

Wem melden?

- **Beim Kantonsarztamt**

Wann melden?

- **Sobald das jeweilige Meldekriterium erfüllt ist**, innerhalb von 2 Stunden, 24 Stunden oder 1 Woche
- **Die Ärztin oder der Arzt nimmt die Meldung von sich aus vor**, ausser bei Hepatitis B und C und Syphilis, wo die Meldung innerhalb von einer Woche erfolgt, auf Antrag des KAA.

Meldepflichtige Krankheiten

Wie melden?

Mittels Meldeformular, innerhalb vorgesehener Frist, durch:

- Fax: **026 305 79 93**
- Post: **Vertraulich**
Kantonsarztamt
Dr. Chung-Yol Lee, Kantonsarzt
Route de Villars 101
1752 Villars-sur-Glâne
- Telefon: **026 305 79 80**
(Verdacht auf) Erreger, innerhalb von 2 Stunden zu melden

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 14. Woche (10.4.2018)^a

- ^a Arzt- oder Labormeldungen laut Meldeverordnung. Ausgeschlossen sind Fälle von Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein. Zahlen provisorisch nach Eingangsdatum. Bei den in grauer Schrift angegebenen Daten handelt es sich um annualisierte Angaben. Fälle pro Jahr und 100 000 Personen der Wohnbevölkerung (gemäß Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.
- ^b Siehe Influenzaüberwachung im Sentinel-Meldesystem www.bag.admin.ch/grippebericht.
- ^c Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.
- ^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen
- ^e Die Meldepflicht für die Zika-Virus-Infektion wurde auf den 7.3.2016 eingeführt.
- ^f Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

Infektionskrankheiten:

Stand am Ende der 14. Woche (10.4.2018)^a

	Woche 14			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	5 3.10	4 2.50	2 1.20	14 2.20	10 1.50	13 2.00	138 1.60	110 1.30	100 1.20	60 2.60	33 1.40	40 1.80
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen ^b	372 228.70	11 6.80	169 103.90	2235 343.60	173 26.60	1215 186.80	14768 174.60	9625 113.80	3596 42.50	13299 584.10	7632 335.20	3317 145.70
Legionellose	6 3.70	3 1.80	6 3.70	28 4.30	24 3.70	18 2.80	518 6.10	374 4.40	397 4.70	105 4.60	78 3.40	69 3.00
Masern		3 1.80	2 1.20	2 0.30	13 2.00	7 1.10	60 0.70	115 1.40	34 0.40	15 0.70	60 2.60	10 0.40
Meningokokken: invasive Erkrankung				9 1.40	7 1.10	3 0.50	54 0.60	63 0.70	41 0.50	30 1.30	31 1.40	18 0.80

Referenzunterlagen _ Ressourcen

Erinnerungshilfen

BAG-Website:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtigkeit.html>

Namentlich Flyer

Leitfaden zur Meldepflicht

Meldeformulare

CAA-Website:

<https://www.fr.ch/de/caa/sante/vorbeugung-und-foerderung/obligatorische-meldepflicht-uebertragbare-krankheiten-fuer-aerzte>

Beispiele

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik/meldeformulare.html>

The screenshot shows a web browser displaying the website of the Swiss Federal Office of Public Health (BAG). The URL is <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infek.html>. The page is titled "Meldeformulare für meldepflichtige Infektionskrankheiten". It features two tables of reporting forms. The top table is for "Aussergewöhnliche Beobachtung" and "Häufung", and the bottom table is for various diseases. The "klinischen Befund" column in the bottom table is circled in red. The right sidebar contains contact information for the BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG

Meldeformulare für meldepflichtige Infektionskrankheiten.

	Meldung zum	
	klinischen Befund	laboranalytischen Befund
Aussergewöhnliche Beobachtung	pdf	pdf
Häufung	pdf	pdf

Krankheiten A-Z	Erreger	Meldung zum	
		klinischen Befund	laboranalytischen Befund
AIDS	HI-Virus	pdf	
Anthrax/ Milzbrand	<i>Bacillus anthracis</i>	Info	pdf
Botulismus	<i>Clostridium botulinum</i>	Info	pdf
Brucellose	Brucella		pdf

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
CH - 3003 Bern

E-Mail

Kontaktinformationen drucken



Légionellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Nom/prénom:

date de naissance:

sexe: f m

Rue:

Ville/commune:

canton:

tél.:

Nationalité: CH autre:

pays de résidence, si pas CH:

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: Pneumonie à Legionella: oui non, autre:

Facteurs de risque: tabagisme immunosuppression cancer/hémopathie diabète
 autre:

aucun inconnu

Début de la manifestation:

date: 10.2.2018 inconnu

Test rapide:

antigène urinaire: positif négatif

Laboratoire:

nom/ville: PROMED

prélèvement: date: 8.3.18 matériel:

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ____/____/____ non inconnu

Etat: décès, date du décès: ____/____/____

Exposition

Veuillez indiquer par une croix les lieux dans lesquels la personne s'est rendue ou les installations auxquelles elle a été exposée dans les 14 jours précédant le début de la maladie. Reportez ensuite le numéro entre parenthèses dans le tableau ci-dessous et donner les détails correspondants.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> lieu de travail (N° 1) | <input type="checkbox"/> maison de retraite (N° 6) | <input type="checkbox"/> tour aéroréfrigérante (N° 15) |
| <input type="checkbox"/> hôtel ^b (N° 2) | <input type="checkbox"/> bains (N° 9) | <input type="checkbox"/> station de lavage de véhicules (N° 16) |
| <input type="checkbox"/> camping ^b (N° 3) | <input type="checkbox"/> dentiste (N° 10) | <input type="checkbox"/> système d'arrosage (N° 17) |
| <input type="checkbox"/> résidence secondaire ^b (N° 4) | <input type="checkbox"/> humidificateur (N° 11) | <input type="checkbox"/> travail sanitaire (N° 18) |
| <input type="checkbox"/> hôpital:
<input type="checkbox"/> comme patient (N° 5a)
<input type="checkbox"/> comme visiteur (N° 5b) | <input type="checkbox"/> inhalateur (N° 12) | <input type="checkbox"/> mélange pour plantes en pot (N° 19) |
| <input type="checkbox"/> inconnue | <input type="checkbox"/> fontaines décoratives (N° 14) | <input type="checkbox"/> autres (ex. douche dans un bâtiment scolaire) (N° 20): |

inconnue

N°	Date	Lieu / nom de l'établissement	Adresse exacte
du: 10.2.18		Loèche - Les Bains	Rue: _____ N°: _____
au: 17.2.18			Localité: Loèche - Les Bains
du: _____			Rue: _____ N°: _____
au: _____			Localité: _____ Pays: _____

Autres cas connus: oui, détails: _____

nombre: _____ non inconnu

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre)

signé

Date: 23.3.18 signature: _____

Médecin cantonal

unité cantonale des maladies
transmissibles du Valais
contacter 34.18

Doktor Emmanuelle CHA

Médecin scolaire cantonal
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Ollon
Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81
e-mail: Emmanuelle.Cha@valais.ch

Measures: non oui:

Date: 29.3.18 signature: _____



Encéphalite à tiques

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).*

Patient/e

Initial nom: B initiale prénom: F

date de naissance:

sexe: f m

NPA/domicile: 1609 BESENCENS

canton: FR

Nationalité: CH autre:

pays de résidence, si pas CH:

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: méningite méningoencéphalite encéphalomyélite radiculite autre:

Manifestations: à l'endroit de la piqûre de tique grippe autre: aucun inconnu

Début des manifestations: date: 17/7/16

inconnu

Laboratoire: nom/tél.: MEDITEST 021 925 40 20

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre:

prélèvement: date: 18/7/16 matériel: Sang

Résultat: IgM pos dans sérum IgG pos augmentation de titre/conversion IgM pos dans LCR

autre:

Antécédents de: dengue/hépatite C/ vaccination contre fièvre jaune: oui, date: / / lesquelles: non inconnu

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: 13/7/16 date de sortie: 23/7/16 non inconnu

Etat: guéri décès, date du décès: / / telles: ÉTATIQUE / ÉG. TIAQUE autre:

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination/dossier médical anamnèse

Vacciné contre encéphalite à tiques: oui, au total _____ doses non inconnu
dernière dose année/mois: / / avec produit (nom commercial):

Exposition (durée d'incubation 2-28 jours)

Piqûre de tiques dans les 4 semaines avant le début de la maladie: oui, vers date: 30/6/16 non inconnu
si «oui», pays: CH, détails du lieu: BESENCENS / FAUGGERE (PISTE VITA)

Séjour dans la nature dans les 4 semaines avant le début de la maladie:

CH, indiquer tous les lieux: seulement à domicile non inconnu

étranger, pays: non inconnu

étranger: non inconnu

travaux forestiers jardinage chasse jogging course d'orientation promenade

randonnée cueillette de champignons militaire camping école enfantine en forêt groupe de jeunes

autre: aucun inconnu

Occupation fréquente dans la nature:

travaux forestiers jardinage chasse jogging course d'orientation promenade

randonnée cueillette de champignons militaire camping école enfantine en forêt groupe de jeunes

autre: aucun inconnu

Activité professionnelle:

AGRICULTEUR

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: 3/8/16 signature:

Remarques

Sér. Lyme nég!

(DANS LA RÉGION AUTRE CAS DOCUMENTÉ AUX THIOLEYRES) (CET ÉTÉ)

Médecin cantonal keine bekannte Erkrankung vorne!

Villars-sur-Glâne, le 3 AOUT 2016

date: / / signature:

Dr Thomas PLATTNER

Médecin cantonal adjoint

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81

e-mail: thomas.plattner@...



Hépatite B

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____
Genre: f m trans (MtF) trans (FtM) VDS^b
NP/Adomicile: _____ canton: Fribourg pays de résidence, si pas CH: Suisse
Nationalité: CH autre: portugais pays d'origine: CH autre: Portugal

date de naissance: _____

Diagnostic et manifestation: Diagnostic connu depuis plus d'une année par le médecin ou le/la patient/e: oui (année): _____ non
J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour cette patient/e: oui
Si oui, veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.

Date du diagnostic: 5/3/18 (documenté)
Manifestations actuelles: ictere transaminases ≥ 2.5x ↑ autre: _____ aucun inconnu
Début de la manifestation: date: 1/3/18 inconnu
Laboratoire: nom/télé: l'isole - laboratoire
Motif: suspicion clinique exposition dépistage autre: _____ inconnu
Séroconversion documentée*: oui, date de la dernière sérologie anti-HBc négative: / / non inconnu
Evolution: aiguë chronique cirrhose hépatocarcinome
Hospitalisation: oui non inconnue si oui, motif: hépatite B autre
Thérapie: oui non si oui: interféron antiviral
Etat: décès, date: / / cause de décès: hépatite B autre cause inconnu
Statut vaccinal: Vacciné-e contre l'hépatite B: oui, total de doses: 3 non inconnu
vaccin (nom commercial), 1^{re} dose: Engenix B date: 9/01/98
vaccin (nom commercial), dernière dose: Engenix B date: 15/06/18

A votre avis, le patient était-il déjà infecté avant la vaccination? oui non pas clair

Exposition: au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)
Où: CH étranger, pays: Cap Vert en Janvier 2018 inconnu
Quand: date d'exposition: / / inconnu
Comment: contact avec personne infectée: dans la famille sur le lieu de travail:
 contact sexuel avec personne infectée: femme homme transgenre
 consommation de drogues par injection ou sniff
 transfusion(s), année(s): _____
 dialyse
 profession de la santé: _____
 autre: _____ Inconnu/aucune voie de transmission identifiable

Personnes exposées: oui non inconnu si oui: partenaire sexuel membres d'un ménage
 enfant à naître ou nouveau-né autres: _____

Activité professionnelle: _____

Medecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre)

Date: 20/3/18 signature: _____
 en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Medecin cantonal: Dresse Emmanuelle CHAULIAU
Médecin scolaire cantonal
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

Mesures: non oui tél. 026 305 79 49 - Fax 026 305 79 41 date: 28/3/18 signature: E.Cauliau

* formulaires: versions actualisées disponibles sur www.ofsp.ch/admin/checkbox/reporting

^b VDS = Variation du développement sexuel (intersexé)

^c si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine

^d analyse de dépistage, resp. préventive dans des groupes à risque spécifique, p.ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang ou participants à une étude

sérologie antérieure négative anti-HBc documentée, joindre s.v.p. une copie du résultat

Hépatite C

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____
 Date de naissance: 30.11.1963

Genre: f m trans (MIF) trans (FtM) VDS^b
 NPA/domicile: _____
 canton: FR pays de résidence, si pas CH: _____
 Nationalité: CH autre: _____
 pays d'origine^c: CH autre: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic connu depuis plus d'une année par le médecin ou le/la patient/e: oui (année): 2015 non
 J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour ce(tte) patient/e: oui
 Si oui, veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.

Date du diagnostic: _____ (documenté)
 Manifestations actuelles: ictere transaminases ≥ 2,5x 1 autre: _____ aucune inconnu
 Début des manifestations: date: 1/1/ inconnu
 Laboratoire: nom/île: _____
 Motif: suspicion clinique exposition dépistage^d autre: _____ inconnu
 Séroconversion documentée^e: oui, date de la dernière sérologie négative: 1/1/ non inconnu
 Evolution aiguë chronique cirrhose hépatocarcinome
 Hospitalisation: oui non inconnu si oui, motif: hépatite C autre
 Thérapie: oui non si oui: interféron antiviral
 Etat: décès, date: 1/1/ cause de décès: hépatite C autre cause inconnu

Statut vaccinal
 Vacciné/e contre l'hépatite A: oui non inconnu vacciné contre l'hépatite B: oui non inconnu

Exposition au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)
 Où: CH étranger, pays: _____ inconnu
 Quand: date d'exposition: 1/1/ inconnu
 Comment: contact avec personne infectée: dans la famille sur le lieu de travail: _____
 autre: _____
 contact sexuel avec personne infectée: femme homme transgenre
 consommation de drogues par injection ou sniff
 transfusion(s), année(s): _____
 dialyse
 profession de la santé: _____
 autre: _____ inconnu/aucune voie de transmission identifiable
 Personnes exposées: oui non inconnu si oui: partenaire sexuel membres d'un ménage
 enfant à naître ou nouveau-né autres: _____

Activité professionnelle: _____

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou tél.): _____

Date: 22.2.2018 signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____

Date: 26.2.2018

Dresse Emmanuelle CHAULIAC
 Médecin scolaire cantonal
 Rue de Vully 101, 1752 Villars-sur-Glâne
 Tél. 026 304 79 80 Fax 026 304 79 81
 e-mail: Emmanuelle.Chauliac@fr.ch 2018v1

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous www.bag.admin.ch/intreporting

^b VDS = Variation du développement sexuel (intersexé)

^c si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine

^d analyse de dépistage, resp. préventive dans des groupes à risque spécifique, p.ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang ou participants à une étude

^e sérologie antérieure négative anti-VHC documentée, joindre s.v.p. une copie du résultat

Salmonellose	Salmonella		> Info
SARS	SARS Coronavirus	> Info	
Shigellose	<i>Shigella</i>		
Syphilis	<i>Treponema pallidum</i>		
Tetanus	<i>Clostridium Tetani</i>		
Tollwut	Tollwutvirus (Rabiesvirus)		
Trichinellose	<i>Trichinella spiralis</i>		
Tuberkulose	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> -Komplex		

Meldeformular

Meldung zum klinischen Befund

Ergänzungsmeldung zum klinischen Befund:

- MDR: resistent auf Isoniazid und Rifampicin
- non-MDR: sensibel auf Isoniazid und Rifampicin

Tularämie	<i>Francisella tularensis</i>		> Info
Typhus abdominalis/ Paratyphus	Salmonella typhi/ paratyphi		
Virale Hämorrhagische Fieber, Mensch zu Mensch	VHF Arenaviren (exkl. Ebola-, Marburg, Krim- Kongo, Lassa-Virus)	> Info	
West-Nil-Virus	West-Nil-Virus		
Zika	Zika-Virus		> Info



REÇU le 16 MAR. 2018

2018

A renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal^a (pas directement à l'OFSP).^b

Tuberculose (TB)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/ie

Nom/prénom:

Rue:

NPA/domicile:

date de naissance: 04/01/1971 sexe: ♂ m

canton: FR tél.:

Pays de résidence, si pas CH:

Nationalité: CH autre:

pays de naissance: Suisse

Pour les personnes dont la nationalité/pays de naissance autre que CH, date d'entrée en Suisse (mois/année):

Diagnostic et manifestation

Organe atteint:

poumon

plèvre

système urogénital

vertèbres

ganglions intrathoraciques

méninges

péritoine / tractus digestif

os / articulations (sans vertèbres)

ganglions extrathoraciques

SNC (sauf méninges)

forme disséminée

autres localisations:

Laboratoire:

nom/télé:

Si plusieurs examens de laboratoire sont réalisés sur le même type d'échantillon et que les résultats sont discordants, ne rapporter (cocher) que les résultats positifs.

Expectations

Sécrétions bronchiques/liquide de lavage bronchique

Autre échantillon:

	PCR directe (p. ex. Xpert)			Microscopie			Culture					
	pos	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	attendue	pas réalisée
Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécrétions bronchiques/liquide de lavage bronchique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evolution

Anamnèse:

Une TB a-t-elle déjà été diagnostiquée antérieurement? oui non inconnu

Si oui, date du diagnostic (mois/année):

La personne a-t-elle reçu par le passé un traitement antituberculeux pendant au moins un mois?

Si oui, quand (mois/année):

Traitements actuels:

Date de début du traitement (ou du diagnostic si aucun traitement instauré):

04/01/2018

Médicaments au début du traitement: Isoniazide Rifaïmpicine Pyrazinamide Ethambutol

autres antituberculeux:

Remarques:

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre)

Date: 15.03.2018 signature:

Médecin cantonal

Mesures: non oui: Enquête d'enquête

^a le canton de résidence de la personne fait référence, si le canton de résidence tuberculose confirmée en culture ainsi que tous les autres cas pour lesquels formulaires: versions actualisées disponibles sous www.bag.admin.ch/intro

Si MDR_TB

Info par l'OFSP à la Ligue pulmonaire suisse qui invite le médecin traitant à présenter le cas de manière anonymisée à un Closed-User-Group pour garantir le bon traitement.



2016
bureau et blanc

À renvoyer rempli d'ici une
semaine au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).^a

Tuberculose (TB)

Déclaration complémentaire

TB sans multirésistance: souche sensible à l'isoniazide et à la rifampicine

Les informations sur le résultat du traitement sont demandées 12 mois après le début du traitement.

Patient/e

Nom/prénom: Dany S. de Farha date de naissance: 11/11/1981 sexe: f m

Evolution

Date de début du traitement: 19.3.2016

Date de fin du traitement initialement prévue: 10.9.2016

Date de fin effective du traitement (dernière dose d'antituberculeux): 10.9.2016

Résultat du traitement

S.v.p. ne cocher que le premier résultat atteint:

Guérison: traitement suivi et documenté sur la durée prévue, avec négativisation de la culture

Traitemenachevé: traitement suivi et documenté sur la durée prévue, mais sans évidence laboratoire de la négativisation de la culture

Interruption ou arrêt du traitement: interruption du traitement par le patient pendant au moins 2 mois consécutifs ou abandon
raison: _____

Echec thérapeutique: après ≥ 5 mois de traitement, cultures toujours positives ou à nouveau positives

Patient/e décédé/e avant le début ou pendant le traitement de la tuberculose,
cause du décès: TB autre cause

Transfert du / de la patient/e pour traitement ou suite de traitement et aucun résultat de traitement disponible:

nom du médecin: _____ n° tél.: _____

adresse du cabinet / de l'hôpital: _____ e-mail: _____

Patient/e encore sous traitement 12 mois après le début du traitement et aucun autre résultat du traitement de la liste ci-dessus ne s'applique

Inconnu: pas de données sur le résultat du traitement, raison: _____

Remarques

Médecin traitant

nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date:

4.4.16

signature:

Thomas PLATTNER, MPH
Spécialiste FMH en médecine légale
Médecin cantonal adjoint
Rte de Villars 1011 1752 Vullierens
Tél. 026 305 79 00 Fax 026 305 79 81
e-mail: thomas.plattner@ch.vullierens.ch

Médecin cantonal

Date:

14.4.16

signature:

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.ofsp.ch/admin/tp/tb/reporting>



Rougeole

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans
les 24h au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).²

Patient/e

Nom/prénom:

date de naissance:

sexe: f m

Rue, n°:

NPA/domicile:

canton:

tél.:

Nationalité:

CH

autre:

pays de résidence, si pas CH:

Diagnostic et manifestation (veuillez s.v.p. cocher TOUS les symptômes observés)

Manifestation:

exanthème maculopapuleux: début de l'exanthème (ou des symptômes si pas d'exanthème): 23/01/2017 inconnu

fièvre toux

conjonctivite

rhinite

autre:

pharyngite, narines, vomissements, diarrhées, douleur abdo aucun symptôme

Date de la consultation: 27/01/2017

Laboratoire:

nom/ét.: HCL 0800 675 675

prélèvement: date: 27/01/2017

résultat(s), si connus:

IGM spécifiques: pos. nég.

test génomique (PCR): pos. nég.

inconnu

Evolution

Hospitalisation:

oui, nom et adresse de l'hôpital: HFR - freiburg

non

Complications:

pneumonie

encéphalite

otite moyenne

autre:

aucune

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Etat d'après: carnet de vaccination / dossier médical

anamnèse

Vacciné contre la rougeole:

oui, avec 1 doses au total

non

inconnu

1^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____

date: / /

2^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____

date: / /

Exposition

dans les 7-21 jours avant le début de l'exanthème

Où:

CH étranger, pays: _____

lieu (CH et étranger): _____

Quand: date d'exposition: / /

dates séjour à l'étranger: / /

date départ: / /

date retour: / /

inconnu

Inconnu

inconnu

Comment:

crèche école

famille

autre:

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire:

oui

non

inconnu

Autres cas de rougeole dans le milieu:

oui, détails: _____

nombre: _____

non

inconnu

Personnes exposées durant la période de contagiosité (de 4 j. avant à 4 j. après le début de l'exanthème):

réseau familial/social

travail, crèche, école, équipe sportive

hôpital, foyer, cabinet

passagers identifiables (avion, croisière, voyage organisé)

autres: Dr. Dietrich (Giffers)

Remarques

Docteur

nom, adresse, t

Date: 02/02/2017 signature

Docteur cantonal

première notification de ce cas reçue le: / / (par fax, courrier, téléphone, mail, etc.)

Measures: non oui:

enquête entourant

date:

Dr. David KISSNER
Médecin cantonal
Rte de Villeret 11, 1722 Villars-sur-Glâne
Tél. 026 325 12 80
Fax 026 325 12 81
E-mail: David.Kissner@acm1.ch

2017/01



Rougeole

Déclaration complémentaire

2017

REÇU le

26 AVR. 2017

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une
semaine au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).*

Patient/e

Nom/prénom: _____

date de naissance: _____

sexe: f m

Evolution

Hospitalisation:

oui, date d'entrée: 27/01/17 date de sortie: 02/02/17 non

cause: Altération état général séjour aux soins intensifs: oui, nombre de jours: _____
(laryngite, bronchite, pneumonie, conjonctivite, hépatite, hypotonie, diarrhées).

Complications:

pneumonie encéphalite otite moyenne autre: _____ aucune

Etat:

guéri / convalescent décès, date: _____

séquelles, lesquelles: _____

Facteurs de risque

- aucun connu
 immunodéficience / immunodépression
 grossesse en cours

Remarques

Informations recueillies auprès du médecin traitant et de
la patiente elle-même.

Médecin

nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: 26/04/17 signature

Médecin cantonal

Date: _____

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infek...

Echier Edition Affichage FAVORIS Outils ?

Google (2) SPS Service de la prévoa... veilleur - Französisch - De... Google intra Portail Intranet - Eta...

Meldepflichtige Infek... Meldeformulare

Meldeformulare https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infek...

Der Bundesrat EDI BAG

Kontakt Medien Jobs Extranet DE FR IT EN

Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

Aktuell Themen Service Das BAG

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Mensch & Gesundheit > Übertragbare Krankheiten > Meldesysteme für Infektionskrankheiten > Meldepflichtige Infektionskrankheiten > Meldeformulare

Meldesysteme für Infektionskrankheiten

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Meldeformulare

Meldeformulare

Meldeformulare für meldepflichtige Infektionskrankheiten.

Meldung zum			
	klinischen Befund	laboranalytischen Befund	
<u>Aussergewöhnliche Beobachtung</u>	PDF	PDF	
<u>Häufung</u>	PDF	PDF	

		Meldung zum	
Krankheiten A-Z	Erreger	klinischen Befund	laboranalytischen Befund
AIDS	HI-Virus	PDF	
Anthrax/ Milzbrand	<i>Bacillus anthracis</i>	> Info	PDF
Botulismus	<i>Clostridium botulinum</i>	> Info	PDF
Brucellose	Brucella		PDF

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche
Gesundheit
Abteilung Übertragbare
Krankheiten
CH - 3003 Bern

[E-Mail](#)

[Kontaktinformationen drucken](#)

Flambée de cas*

Flambée de:

Cas de gastroentérite

suspicion de **Campylobacter** **Salmonella**
 autres: _____

Norovirus

Rotavirus

Maladies d'origine alimentaire (voie principale de transmission)

suspicion de **E. coli** entérohémorragique
 autres: _____

Listeria

Hépatite A

Cas d'infections respiratoires

suspicion de **Pertusis** **Légionellose**
 autres infections respiratoires: _____

Autre observation: _____

Date du début des symptômes du/des premier(s) cas observé(s): 03.02.2016

Symptômes principaux présentés par les cas observés: diarrhées, vomissements, nausées

Lieu d'exposition supposé: **manifestation** **hôtel** **restaurant** **hôpital** **maison**
 moyen de transport **école** **jardin d'enfants** **crèche** **caserne**
 autres: _____

Adresse: _____
rue de la Neuveville 12 - 1700 Fribourg

Source d'infection
/mode de transmission:

Nombre de personnes malades: 10

Âgées de 74 à 93 ans

Nombre de personnes hospitalisées: 1

Nombre de décès: 1

Prélèvement de
laboratoire envoyé:

non

oui (Adresse) Laboratoire UCL

Nombre de personnes testées: 1

confirmé en laboratoire

agent pathogène/type: groupe des virus Norwalk

Remarques

Médecin nom, adresse, tél., fax, e-mail (vos coordonnées sont essentielles car les autorités sanitaires vont prendre contact avec vous dans les plus brefs délais):

Date: 03.02.2016

signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui:

Date: 9.2.16 signature: 03

* cas de maladie ou de décès (qui sont dans tous les cas à déclaration obligatoire ou non dans les 24heures) qui (1) dépassent l'ampleur probable pour la période concernée, resp. le lieu et (2) des mesures pourraient être prises pour la protection de la santé publique (3) des mesures pourraient être prises pour la protection de la santé publique.
* formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.bag.admin.ch/Infrreporting>

Aussergewöhnliche Beobachtung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2018
leer lassen

Protokoll einer telefonischen Erstmeldung*

*auszufüllen bei Verdacht auf Milzbrand (Anthrax), Botulismus, Pocken, Pest, Influenza A(HxNy) neuer Subtyp, SARS und MERS
Coronavirus, Virale Hämorrhagische Fieber (VHF) oder aussergewöhnlicher klinischer Befund

Dieses Protokoll ist durch den Kantonärzt auszufüllen (im Ausnahmefall auch durch das BAG). Es ist sicherzustellen, dass das BAG die Meldung innert 2 Stunden nach Feststellung des Verdachts bzw. Befunds erhält (Faxkopie an 058 463 87 77).

Symbol: ?=unbekannt; SP= Spitalarzt; KA= Kantonärztin/-arzt

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Geschlecht: w m Berufliche Tätigkeit: _____

Tel.: _____

Nationalität: CH andere: _____ Domizil: CH Ausland: _____

Kanton: _____

Falls CH: Wohnadresse: _____

Verdachtsdiagnose (gemäß Meldekriterien des BAG)

andere Form: _____

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milzbrand (Anthrax) | <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Botulismus | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelbotulismus | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Virale Hämorrhagische Fieber | <input type="checkbox"/> Lassa | <input type="checkbox"/> Ebola |
| | <input type="checkbox"/> Marburg | <input type="checkbox"/> Krim-Kongo |
| <input type="checkbox"/> Pest | <input type="checkbox"/> Lungenpest | <input type="checkbox"/> Beulenpest |
| <input type="checkbox"/> Influenza A(HxNy) | | |
| <input type="checkbox"/> SARS | <input type="checkbox"/> MERS Coronavirus | |
| <input type="checkbox"/> Pocken | | |
| <input type="checkbox"/> Aussergewöhnlicher klinischer Befund: _____ | | |

Konsultierte/r Infektiologin/-e: _____ Tel.: _____

Exposition (gemäß Meldekriterien des BAG)

andere: _____

Spital, Praxis Labor Reise Bauernhof, Tiermarkt, Vetpraxis

Land/Ort der Exposition: _____

Sofortmassnahmen

falls nein, Aus-
führung durch^a:

Patient/-in: _____

Spital (Name, Tel, Fax): _____

Patient/in isoliert? ja nein KA SP _____

Therapie eingeleitet? ja nein ? KA SP _____

Diagnostik

Labor (Name, Tel, Fax): _____

Labor vorab informiert? ja nein KA SP _____

Prävention weiterer Fälle

Massnahmen beim Medizinalpersonal? ja nein KA SP _____

Wenn ja, welche? _____

Massnahmen bei Kontaktpersonen? ja nein KA SP _____

- Kontakte identifiziert ja nein KA SP _____

- Kontakte informiert ja nein KA SP _____

- Prophylaxe verabreicht ja nein KA SP _____

- Quarantäne angeordnet ja nein KA SP _____

- medizin. Nachbetreuung sichergestellt ja nein KA SP _____

Umgebung desinfiziert/dekontaminiert? ja nein KA SP _____

Bemerkungen

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick.html>

Erfasser/in der Meldung

Unterschrift:



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

