



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

Enterohämorrhagische *Escherichia coli* – Infektion

(EHEC / VTEC / STEC)

Meldung zum klinischen Befund

2016

RECULE

9 SEP. 2016

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

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: 1/1 Austrittsdatum: 1/1 ☐ nein ☐ unbekannt
Zustand: ☐ Tod, Datum: 1/1

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: 1/1 ☐ unbekannt
Wie: ☒ durch Speise/Getränke: Fondue, Keringue, Schlagrahen
☐ durch Kontakt mit Patient/Träger: _____ ☐ unbekannt
☐ durch Kontakt mit Vieh, Tierkot oder Dünger: _____ ☐ unbekannt
Exponierte Personen: ☐ ja, welche: _____ wie viele: _____ ☐ keine ☒ unbekannt
Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen

Weitere Kontrollen bei Hausärztin
Fr Dr. ...

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 90 Fax 026 308 75 81
e-mail: thomas.plattner@fr.ch

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____

Datum: 12.9.16 Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/infreporting>

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 meldepflichtigen Krankheiten
- Meldefrist (**Meldefristen mit Stundenangaben gelten auch ausserhalb der Werktage**)
- 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 Sentinella-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/meldepflichtige-ik.html>

Namentlich Flyer

Leitfaden zur Meldepflicht

Meldeformulare

KAA-Website:

<https://www.fr.ch/de/kaa/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>

Der Bundesrat > EDI > BAG

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

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
Aussergewöhnliche Beobachtung			
Häufung			

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

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

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

Patient/e
Nom/prénom: _____ date de naissance: _____ sexe: ☐ f ☒ m
Rue: _____ A/localité: _____ canton: F.R. 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: 18.2.2018 ☐ inconnu
Test rapide: antigène urinaire: ☒ positif ☐ négatif
Laboratoire: nom/tél.: 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° 8) | <input type="checkbox"/> tour aéronéfrigérante (N° 15) |
| <input type="checkbox"/> hôtel ^b (N° 2) | <input checked="" 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"/> inhalateur (N° 12) | <input type="checkbox"/> mélange pour plantes en pot (N° 19) |
| <input type="checkbox"/> comme patient (N° 5a) | <input type="checkbox"/> fontaines décoratives (N° 14) | <input type="checkbox"/> autres (ex. douche dans un bâtiment scolaire) (N° 20): _____ |
| <input type="checkbox"/> comme visiteur (N° 5b) | | |
| <input type="checkbox"/> 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)

arques

Date: 23.3.18 signature: _____

Médecin cantonal

Dresse Emmanuelle CHA

Médecin scolaire cantonal

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81

e-mail: Emmanuelle.Chaud@cant.ch

Mesures: ☐ non ☒ oui date: 24.4.18 signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous www.bag.admin.ch/infrreporting
^b si le voyage comporte plusieurs étapes, veuillez donner le détail du parcours (lieu, hôtel, dates).



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2016

basé en blanc

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).^a

Patient/e

initiale 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 ☒ grippale ☐ autre: ☐ aucun ☐ inconnu

Début des manifestations: date: 1/7/16 ☐ 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: / / ☒ séquelles: Fatigue / lég. handicap ☐ 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 / FAUGÈRE (PISTE VITA)

☐ étranger, pays:

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

☐ CH, indiquer tous les lieux: ☒ seulement à domicile

☐ étranger: ☐ non ☐ 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):

Remarques
Sér. Lyme nég!
(DANS LA RÉGION AUTRE CAS DOCUMENTÉ AUX THIOLETTES) (CET ÉTÉ)

Date: 3/8/16 signature:

Médecin cantonal keine bekannte Pradeuse zone!

Villars-sur-Glâne, le 3 AOUT 2016

Mesures: ☐ non ☐ oui

date: / / signature: Dr Thomas PLATTNER

^a Formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.bag.admin.ch/Inf reporting>

Spécialiste FMH en médecine légale
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@fr.ch

confidentiel



Hépatite B

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____ date de naissance: _____

Genre: ☐ f ☒ m ☐ trans (MtF) ☐ trans (FtM) ☐ VDS^b

NPA/domicile: _____ canton: Fribourg pays de résidence, si pas CH: Suisse

Nationalité: ☐ CH ☒ autre: portugais pays d'origine: ☐ CH ☒ autre: Portugal

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 $\geq 2.5 \times$ ☐ autre: _____ ☒ aucune ☐ inconnu

Début de la manifestation: date: 1/3/18 ☐ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: fisch - laboratoire

Motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☒ dépistage ☐ autre: _____ ☐ inconnu

Séroconversion documentée*: ☐ oui, date de la dernière sérologie anti-HBc négative: 1/1 ☐ 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: 1/1 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: Engerix B date: 9/01/98

vaccin (nom commercial), dernière dose: Engerix 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: 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 timbre)

Date: 20/3/18 signature: _____

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

Médecin cantonal

Dresse Emmanuelle CHAULIA
Médecin scolaire cantonal
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
tél. 026 305 70 10 fax 026 305 70 11

Mesures: ☒ non ☐ oui date: 28/3/18 signature: E. Chaulia

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

^b VDS = Variation du développement sexuel (intersexo)

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

* 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



2018

REÇU le

22 FEB. 2018

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

Hépatite C

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____ de naissance: 30.11.1963
Genre: ☐ f ☒ m ☐ trans (MtF) ☐ 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: ☐ ictère ☐ transaminases $\geq 2,5 \times 1$ ☐ autre: _____ ☐ aucune ☐ inconnu
Début des manifestations: date: ____/____/____ ☐ inconnu
Laboratoire: nom/tél.: _____
Motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ dépistage^d ☐ autre: _____ ☐ inconnu
Séroconversion documentée^e: ☐ oui, date de la dernière sérologie négative: ____/____/____ ☐ 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: ____/____/____ 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: ____/____/____ ☐ 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 timbre): _____

Date: 8.2.2018 signature: _____

☐ en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de: _____

Médecin cantonal

Mesures: ☒ non ☐ oui

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

Dresse Emmanuelle CHAULIAC
Médecin scolaire cantonal
Rue du Village 101, 1752 Valais-Saint-Gabriel
Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81
e-mail: Emmanuelle.Chauliac@rc.ch 2018v1

date: 26.2.2018 signature: _____

Info

 [Meldung zum klinischen Befund](#)

Ergänzungsmeldung zum klinischen Befund:

- ## Rifampicin



16 MAR. 2018

2018

Annex 10.00.00

Tuberculose (TB)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

Patient/e

Nom/prénom:

date de naissance: 01/08/1977 sexe: ☒ M ☐ F

Rue:

NPA/domicile:

canton: FR tél.:

Pays de résidence, si pas CH:

Nationalité: ☐ CH ☐ autre:

pays de naissance:

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/tél.:

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.

Expectorations

Sécrétions bronchiques/liquide de lavage bronchique

Autre échantillon:

PCR directe (p. ex. Xpert)

pos nég attendue pas réalisée

☒ ☐ ☐ ☐

Microscopie

pos nég attendue pas réalisée

☒ ☐ ☐ ☐

Culture

pos nég attendue pas réalisée

☒ ☐ ☐ ☐

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?

☐ oui

☐ non

☒ inconnu

Si oui, quand (mois/année):

Traitement actuel:

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

Médicaments au début du traitement:

☒ Isoniazide

☒ Rifampicine

☒ Pyrazinamide

☒ Ethambutol

☐ autres antituberculeux:

Si aucun traitement, décès avant le début du traitement?

☐ oui

☐ non

Remarques

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

Date: 13.03.2019 signature:

Médecin cantonal

Mesures:

☐ non

☒ oui:

Enquête d'environnement

^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/inf

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

laisser en blanc

REÇU-LE

- 7 AVR. 2016

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: Thomas Plattner

date de naissance: 10.3.2016

sexe: ☐ f ☐ m

Evolution

Date de début du traitement:

10.3.2016

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
- ☐ **Traitement achevé:** traitement suivi et documenté sur la durée prévue, mais sans évidence laboratoriale 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: _____

Médecin cantonal

Date: 12.4.16

signature: _____

Thomas PLATTNER, MPH
Spécialiste FMH en médecine légale
Médecin cantonal adjoint
Rte de Villars 101 1752 Villars-sur-Glâne
Tél. 028 305 79 41 Fax 028 305 79 42
e-mail: thomas.plattner@ed.ch

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.ed.ch>



2017

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

Rougeole

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Nom/prénom: _____

date de naissance: |

sexe: ☒ f ☐ m

Rue, n°: _____

NPV/domicile: _____

canton: FR

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, nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdo ☐ aucun symptôme

Date de la consultation: 27.01.2017

Laboratoire: nom/tél.: HCL 0800 675 675

prélèvement: date: 27.01.2017

résultats, si connus: IgM spécifiques: ☒ pos. ☐ nég. test génomique (PCR): ☐ pos. ☐ nég. ☒ inconnu

Evolution

Hospitalisation: ☒ oui, nom et adresse de l'hôpital: HFR - Fribourg ☐ non

Complications: ☐ pneumonie ☐ encéphalite ☐ otite moyenne ☐ autre: _____ ☒ aucune

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Etabli d'après: ☐ carnet de vaccination / dossier médical

☒ anamnèse

Vacciné contre la rougeole: ☒ oui, avec ? doses au total

☐ non ☐ inconnu

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

date: ____/____/____

2^e 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): _____

☒ inconnu

Quand:

date d'exposition: ____/____/____

dates séjour à l'étranger: ____/____/____

date retour: ____/____/____

☒ inconnu

Comment:

☐ crèche ☐ école

☐ famille ☐ autre: _____

☒ inconnu

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 Niebich (Gillers)

Remarques

Médecin nom, adresse, t. _____

Date: 02.02.2017 signature _____

Médecin cantonal

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

Mesures: ☐ non ☐ oui: enquête entourage

date: ____/____/____



2017

RECEVÉ

REÇU le

26 AVR. 2017

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

Rougeole

Déclaration complémentaire

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, hyponatrémie, diarrées).

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: 21/04/17 signature

Médecin cantonal

Date: _____



2016

à joindre au dossier

REÇU LE

- 8 FEV. 2016

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

Flambée de cas*

Flambée de:

☐ Cas de gastroentérite

suspicion de

☐ *Campylobacter*

☐ *Salmonella*

☒ Norovirus

☐ Rotavirus

☐ autres: _____

☐ Maladies d'origine alimentaire (voie principale de transmission)

suspicion de

☐ *E. coli* entérohémorragique

☐ *Listeria*

☐ Hépatite A

☐ autres: _____

☐ Cas d'infections respiratoires

suspicion de

☐ Pertussis

☐ 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:

diarrées, vomissements, nausées

Lieu d'exposition supposé:

☐ manifestation

☐ hôtel

☐ restaurant

☐ hôpital

☒ home

☐ moyen de transport

☐ école

☐ jardin d'enfants

☐ crèche

☐ caserne

☐ autres: _____

Adresse: _____

Source d'infection
/ mode de transmission:

Nombre de personnes malades:

10

Agées de 74 à 93 ans

Nombre de personnes hospitalisées:

1

Nombre de décès:

1

Prélèvement de
laboratoire envoyé:

☐ non

☒ oui (Adresse)

Laboratoire WCL

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:

8.2.16

signature: _____

C3

* cas de maladie ou de décès (qui sont dans tous les cas à déclaration obligatoire ou non dans les 24 heures) 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.

^a 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

verlassen

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 Kantonsarzt 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).

Symbole: ?=unbekannt; SP= Spitalarzt; KA= Kantonsärztin/-arzt

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____
Geschlecht: ☐ w ☐ m Berufliche Tätigkeit: _____ Tel.: _____
Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Domizil: ☐ CH ☐ Ausland: _____
Falls CH: Wohnadresse: _____ Kanton: _____

Verdachtsdiagnose (gemäss Meldekriterien des BAG)

<input type="checkbox"/> Milzbrand (Anthrax)	<input type="checkbox"/> Hautmilzbrand	andere Form: _____
<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"/> _____
<input type="checkbox"/> Pest	<input type="checkbox"/> Marburg <input type="checkbox"/> Krim-Kongo	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Influenza A(HxNy)	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Beulenpest	<input type="checkbox"/> _____
<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)

☐ Spital, Praxis ☐ Labor ☐ Reise ☐ Bauernhof, Tiermarkt, Vetpraxis ☐ andere: _____
Land/Ort der Exposition: _____

Sofortmassnahmen

Patient/-in	falls nein, Aus- führung durch*:					
Spital (Name, Tel, Fax) _____						
Patient/in isoliert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Therapie eingeleitet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____
Diagnostik						
Labor (Name, Tel, Fax) _____						
Labor vorab informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Prävention weiterer Fälle						
Massnahmen beim Medizinalpersonal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Wenn ja, welche?	_____					
Massnahmen bei Kontaktpersonen?						
- Kontakte identifiziert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- Kontakte informiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- Prophylaxe verabreicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- Quarantäne angeordnet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- medizin. Nachbetreuung sichergestellt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Umgebung desinfiziert/dekontaminiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Bemerkungen

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

Erfasser/in der Meldung _____ Unterschrift: _____

