



# Tuberkulose (TB)

## Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsärztin/-arzt<sup>a</sup> senden (nicht direkt ans BAG).<sup>b</sup>

### Patient/in

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

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

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

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

Bei Personen mit Nationalität/Geburtsland anders als CH, Datum der Einreise in die Schweiz (Monat/Jahr): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

- Befallene Organe:
- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lunge       | <input type="checkbox"/> intrathorakale Lymphknoten           | <input type="checkbox"/> extrathorakale Lymphknoten   |
| <input type="checkbox"/> Pleura      | <input type="checkbox"/> Meningen                             | <input type="checkbox"/> ZNS (nicht meningeal)        |
| <input type="checkbox"/> urogenital  | <input type="checkbox"/> Peritoneum/Verdauungstrakt           | <input type="checkbox"/> disseminierte Form           |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule) | <input type="checkbox"/> andere Lokalisationen: _____ |

Labor: Name/Tel: \_\_\_\_\_

Bei mehreren Proben aus dem gleichen Material mit diskordantem Resultat: bitte nur die positiven Resultate ankreuzen.

	Direkte PCR (Xpert o. ä.)				Mikroskopie				Kultur			
	pos	neg	ausstehend	nicht durchgeführt	pos	neg	ausstehend	nicht durchgeführt	pos	neg	ausstehend	nicht durchgeführt
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchialsekret/-aspirat/-lavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Material: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Verlauf

- Anamnese:
- Wurde jemals eine TB diagnostiziert?  ja  nein  unbekannt
- Falls ja, Datum der Diagnose (Monat/Jahr): \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt
- Frühere Behandlung mit Antituberkulotika während > 1 Monat?  ja  nein  unbekannt
- Falls ja, wann (Monat/Jahr): \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Aktuelle Therapie: Datum Therapiebeginn (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: \_\_\_\_\_

### Kantonsarzt/-ärztin

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

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>