

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon:

Geb. am:

Geschlecht: weibl. männl.

Meldeformular – vertraulich – Neue Influenza A/H1N1

hervorgerufen durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus

Gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei neuer Influenza (NIMPV) i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG

Verdacht

Tod

Erkrankung

Todesdatum:

Angaben zu den einzelnen Symptomen:

Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Husten

Andere, und zwar

Symptombeginn:

Vorliegen einer Pneumonie (Lungenentzündung):

Ja Nein

Unbekannt

Risikofaktoren:

Keine Diabetes mellitus

chron. Atemwegserkr. Schwangerschaft

Immunsuppression Andere, und zwar

Herz-Kreislaufkrankung

Behandlungsbedürftige Adipositas oder

Body Mass Index (BMI) > 30

Angaben zur Therapie:

Tamiflu® (Oseltamivir) Relenza® (Zanamivir) Keine

Therapiebeginn (Datum):

Infektionsquelle bekannt oder vermutet:

Nein Ja

Infektionsquelle bekannt:

Kontakt zu an Influenza A/H1N1-erkrankten Personen.

Patient/in war innerhalb von 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn im Ausland von: bis:
Land/Länder:

Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Neue Influenza (Influenza A/H1N1) getestet werden.

Epidemiologische Situation:

Nein Ja

Patient/in hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen (u.a. Schwangere, Personen mit chronischen Grunderkrankungen, Immunsupprimierte, Kleinkinder bis 24 Monate).

Enger Kontakt des Patienten (z.B. Familie) hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen.

Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit:

Name/Ort der Einrichtung:

Grund der Krankenhauseinweisung:

Influenzaerkrankung (schwerer Verlauf und/oder Risiko von Komplikationen)

anderer Grund, und zwar

Patient/in ist Teil einer Erkrankungshäufung (z.B. Reisegruppe):

Veranlasste Diagnostik:

Erregerspezifische PCR auf Neue Influenza A/H1N1 durchgeführt¹⁾:

nein ja, Ergebnis ausstehend ja, Ergebnis positiv ja, Ergebnis negativ

Unverzüglich melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

Erkrankungsdatum²⁾:

.....

Diagnosedatum²⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.)

¹⁾ Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§6 und 7 IfSG).

²⁾ Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.