



Meldung zum laboranalytischen Befund *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ___/___/___ Geschlecht: w m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggeber (Arzt, Spital, anderes Labor): _____

Sputum oder anderes Material aus Luftwegen

welches? _____

Entnahmedatum: ___/___/___

1. Nachweismethode:

	pos.	neg.	ausstehend	nicht gemacht
a) Mikroskopischer Direktnachweis (von säurefesten Stäbchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Molekular-biologischer Direktnachweis (<i>M. tuberculosis</i> -Komplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Direktnachweis von säurefesten Stäbchen oder von *M. tuberculosis*-Komplex im Sputum oder anderem Material aus Luftwegen: Bitte nur die Felder in diesem Kasten ausfüllen und diese Meldung innert 24h an den Kantonsarzt und ans BAG senden.

Anderes Material, nicht aus Luftwegen:

welches? _____

Entnahmedatum: ___/___/___

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

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

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

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

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"/>	<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	4.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethambutol	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"/>	<input type="checkbox"/>
Pyrazinamid	100.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mutation
(nur resistenzvermittelnde)

katG:
 ja Wildtyp
 nicht gemacht

inhA-Promoter:
 ja Wildtyp
 nicht gemacht

rpoB:
 ja Wildtyp
 nicht gemacht

Meldendes Labor

Name, Adresse, Tel., Fax (Stempel): _____

Bemerkungen

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

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