



Neuartiges Coronavirus SARS-CoV-2

Meldung zum laboranalytischen Befund innerhalb 24 Stunden

Befunde sind dem zuständigen kantonsärztlichen Dienst und dem BAG innerhalb von 24 Stunden zu melden.

BAG Fax: +41 58 463 87 77

BAG HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch

Liste der Kantonsärzteschaft: bag.admin.ch/infreporting

☐ Probe an CRIVE/NAVI in Genf (<https://www.hug-ge.ch/laboratoire-virologie>) weitergeleitet.

Labordiagnose

Nachweisdatum:

Tag	Monat	Jahr							

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr							

Nachweismethode

Direkter Nachweis

Spezifische SARS-CoV-2 RT-PCR

E gene target	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
RdRp gene target	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
N gene target	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ

Neue Sequenzierungsmethode* ☐ ja ☐ nein

Sequenz analog zu SARS-CoV-2 ☐ ja ☐ nein

Andere Methode (bitte beschreiben)

Probematerial

<input type="checkbox"/> Nasenrachenabstrich	<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugung
<input type="checkbox"/> Mundrachenabstrich	<input type="checkbox"/> Broncho-alveoläre Lavage (BAL)
<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Blut (Serologie)
<input type="checkbox"/> andere: _____	

Indirekter Nachweis

Serologie (ELISA-SARS)

SARS-CoV-2 IgM	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
SARS-CoV-2 IgG	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
SARS-CoV-2 IgA	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ

Immunofluorescence (IFA-SARS)

SARS-CoV-2 IgM	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
SARS-CoV-2 IgG	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ

Neutralisationstest

SARS-CoV-2 pseudovirus (SARS) ☐ positiv ☐ negativ

* High throughput sequencing, whole genome sequencing, next generation sequencing,...

Bemerkungen

Patient/-in

Name

Vorname

Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr							

☐ w ☐ m
Geschlecht

Strasse und Hausnummer

--	--	--	--	--

PLZ

Ort

Telefonnummer

Zusatzangaben

Arzt (Auftraggeber)

Name, Adresse, Tel., Fax:

Meldendes Labor

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____