Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020V5 leer lassen

Neuartiges Coronavirus SARS-CoV-2

Meldung zum laboranalytischen Befund innerhalb 24 Stunden

Vertraulich

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)

Probematerial

☐ Nasenrachenabstrich ☐ Endotracheale Absaugung
☐ Mundrachenabstrich ☐ Broncho-alveoläre Lavage (BAL)
☐ Sputum ☐ Blut (Serologie)
☐ andere: _____

Nachweismethode

Direkter Nachweis

Spezifische SARS-CoV-2 RT-PCR

E gene target	☐ positiv	☐ negativ
RdRp gene target	☐ positiv	☐ negativ
N gene target	☐ positiv	☐ negativ

Neue Sequenzierungsmethode* ☐ ja ☐ nein

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

Andere Methode (bitte beschreiben)

Indirekter Nachweis

Serologie (ELISA-SARS)

SARS-CoV-2 IgM	☐ positiv	☐ negativ
SARS-CoV-2 IgG	☐ positiv	☐ negativ
SARS-CoV-2 IgA	☐ positiv	☐ negativ

Immunofluorescence (IFA-SARS)

SARS-CoV-2 IgM	☐ positiv	☐ negativ
SARS-CoV-2 IgG	☐ positiv	☐ 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 ..... Telefonnummer .....

PLZ ____ Ort ..... Zusatzangaben .....

Achtung: dies ist kein offizielles BAG-Dokument. Das Original wurde so verändert, dass die Einfabefelder digital befüllt werden können.

Arzt (Auftraggeber)

Name, Adresse, Tel., Fax:

Meldendes Labor

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

Datum: ___/___/_____ Unterschrift: _____