

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

20V5 er lassen	 	 	 	 	 	-	 	
20.3 Iee								

Neuartiges Coronavirus SARS-CoV-2 Meldung zum laboranalytischen Befund innerhalb <u>24 Stunden</u>

Befunde sind dem zuständigen kantonsärztlichen Dienst und dem BAG Fax: +41 58 463 87 77 BAG HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch Liste der Kantonsärzteschaft: bag.admin.ch/infreporting	BAG innerhalb von <u>24 Stunden</u> zu melden.
Probe an CRIVE/NAVI in Genf (https://www.hug-ge.ch/laborato	pire-virologie) weiteraeleitet.
	and instances of the second
Labordiagnose	Probematerial
Nachweisdatum: Tag Monat Jahr	Nasenrachenabstrich Endotracheale Absaugung
la l	Mundrachenabstrich Broncho-alveoläre Lavage (BA
Entnahmedatum: Tag Monat Jahr	Sputum Blut (Serologie)
Nachweismethode	andere:
Direkter Nachweis	Indirekter Nachweis
Spezifische SARS-CoV-2 RT-PCR	Serologie (ELISA-SARS)
E gene target positiv negativ	SARS-CoV-2 IgM positiv nega
RdRp gene target positiv negativ	SARS-CoV-2 IgG positiv nega
N gene target positiv negativ	
Neue Sequenzierungsmethode* ja nein	Immunofluorescence (IFA-SARS) SARS-CoV-2 IgM □ positiv □ negation
	SARS-CoV-2 IgG positiv nega
	Neutralisationstest
Sequenz analog zu SARS-CoV-2 ja nein	SARS-CoV-2 pseudovirus (SARS) positiv nega
Andere Methode (bitte beschreiben)	ies ist kein offizielles ies ist kein offizielles Original wurd iest, dass die Eingabefeld Iert, dass die Eingabefeld
	ist kein ollizion
a btung: d	iles is Das Original Wall
High throughput sequencing, whole genome sequencing, next general	tion sequencing Das Eingabetell
Bemerkungen BAG-DON'S	dass die Ellige
veränd	iert, dass können.
50 10101	jon sequencing. I. Das die Eingabeteit dass die Eingabeteit dert, dass die Eingabeteit füllt werden können.
Patient/-in digital De	Geburtsdatum:
Name Vorname	Tag Monat Jahr Geschlecht
Strasse und Hausnummer	Telefonnummer
PLZ Ort	Zusatzangaben
	-
Arzt (Auftraggeber)	Meldendes Labor
Name, Adresse, Tel., Fax:	Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel):
	Datum: / / Unterschrift: