



Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020V4
leer lassen

Neuartiges Coronavirus SARS-CoV-2

Meldung zum laboranalytischen Befund innerhalb zwei Stunden

Fax BAG: +41 58 463 87 77

Email BAG: covid-19@hin.infreport.ch

Liste der Kantonsärzteschaft: baq.admin.ch/infreporting

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

Labordiagnose

Nachweisdatum:

Das Diagramm zeigt einen Zeitstrahl mit drei Hauptabschnitten, die als 'Tag', 'Monat' und 'Jahr' beschriftet sind. Jeder Abschnitt ist durch vertikale Linien unterteilt, die die Zeitpunkte markieren. Die 'Tag'-Abschnitte sind die kleinsten, gefolgt von den 'Monat'-Abschnitten, und die 'Jahr'-Abschnitte sind die größten. Die Zeitstrahlschritte sind nicht gleichmäßig, sondern folgen einem Muster, das die Hierarchie der Zeit (Tage, Monate, Jahre) widerspiegelt.

Entnahmedatum:

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)

Problem material

<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 ☐ 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:

☐ w ☐ m
Geschlecht

Strasse und Hausnummer

.....
Telefonnummer

PLZ

Ort

Zusatzangaben

Arzt (Auftraggeber)

Name, Adresse, Tel., Fax:

Meldendes Labor

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

Datum: / / Unterschrift: