



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Tuberkulose (TB) Ergänzungsmeldung

## Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

## Verlauf

Datum des Behandlungsbeginns: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Datum der Evaluation des Behandlungsergebnisses: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Behandlungsergebnis

Bitte nur **eine** Antwort ankreuzen

- Geheilte Lungentuberkulose:** Patient mit beim Behandlungsbeginn bakteriologisch bestätigter Lungentuberkulose, der gemäss Richtlinien von Lungenliga Schweiz und BAG vollständig behandelt wurde und bei dem in mindestens zwei hintereinander folgenden Proben mit Abstand von 7 Tagen kein mikroskopischer Nachweis von Mykobakterien erfolgt ist. Bei resistenter Tuberkulose muss die Konversion mittels Kulturen nachgewiesen werden.
- Therapie abgeschlossen:** Patient, bei dem die Behandlung klinisch als Erfolg beurteilt wird und der gemäss Richtlinien von Lungenliga Schweiz und BAG vollständig behandelt wurde, eine mikrobiologische Bestätigung aber nicht möglich respektive nicht zumutbar ist.
- Therapieversagen:** Patient, bei dem die Behandlung mit Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol und/oder Pyrazinamid gewechselt werden muss, weil
  - die Behandlung klinisch nicht anspricht und/oder die Kulturen positiv bleiben.
  - unerwünschte Wirkungen auf die Medikamente aufgetreten sind.
  - das Labor Resistenzen meldet.
- Todesfall:** Patient, der vor Behandlungsbeginn oder während der Behandlung aufgrund von TB oder anderen Gründen verstorben ist.
- Therapieunterbruch:** Patient, bei dem die Behandlung während mehr als 2 aufeinander folgenden Monate oder länger unterbrochen wurde.
- Überweisung** an eine andere Behandlungseinheit
 

Name/Vorname des/der neuen behandelnden Arztes/Ärztin: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_
- Unbekanntes Behandlungsergebnis:** Patient, bei dem eine Zuordnung zu den obgenannten Kategorien nicht möglich ist.

## Bemerkungen

**Behandelnde/r Arzt/Ärztin** Name, Adresse, Tel., Fax (Stempel)

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Kantonsarzt/-ärztin

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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