

Erhebungsbogen der Gesundheitsreferate für MALARIA

ANGABEN ZUR PERSON

Initialen	Sex		Geburtsdatum	Wohnort	PLZ	Bundesland	Geburtsland	Staatszugehörigkeit
	M	F						

Meldung durch niedergelassene/n Arzt/Ärztin Krankenhaus Labor

Diagnosedatum / /
Tag Monat Jahr

REISEANAMNESE

Reiseland

Bitte ALLE Länder anführen, die in den <u>letzten 6 Monaten</u> bereist wurden!	Kontinent	Reiseregion *	Datum	
			Einreise	Ausreise

• Laut WHO!!! (Region A, B, C)

Reisegrund

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Immigration | <input type="checkbox"/> Ausbildung/Forschung |
| <input type="checkbox"/> Tourismus | <input type="checkbox"/> Entwicklungshilfe |
| <input type="checkbox"/> Geschäfte | <input type="checkbox"/> Besuch bei Freunden/Verwandten |
| <input type="checkbox"/> Flug/Schiffspersonal | <input type="checkbox"/> militärischer Einsatz |

MALARIAPROPHYLAXE

Wurde VOR Abreise eine reisemedizinische Beratung in Anspruch genommen?

- JA Nein

Wenn ja,

1. von wem?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reiseveranstalter | <input type="checkbox"/> niedergelassene/r Facharzt/ärztin für Tropen/Reisemedizin |
| <input type="checkbox"/> Apotheke | <input type="checkbox"/> Institut/Zentrum für Tropen- oder Reisemedizin |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt |
| <input type="checkbox"/> keine Angaben | <input type="checkbox"/> anderes _____ |

2. Wurde hingewiesen auf

- | | |
|--|---|
| Expositionsprophylaxe (Bettnetze, Kleidung, Repellentien)? | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| Nebenwirkungen von Antimalariamittel? | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| Dosierung von Antimalariamittel bei Durchfall/Erbrechen? | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |

Wurde Malariaprophylaxe durchgeführt?

JA Nein

Wenn ja,

1. Expositionsprohylaxe JA NEIN

2. Chemoprophylaxe JA NEIN

Resochin (Chloroquin)

Lariam (Mefloquin)

Malarone (Proguanil + Atovaquon)

Paludrin (Proguanil)

Daraprim (Pyrimethamin)

Vibramycin, Doxodyn (Doxycyclin)

andere _____

unbekannt

Wie wurde die Chemoprophylaxe durchgeführt?

laut Beratung

abgebrochen

unregelmäßig

anderes _____

Gründe für unregelmäßige/abgebrochene Chemotherapie

nicht vertragen

zu wenig Tabletten mitgenommen/verloren

anderes _____

Diagnose

Pl. falciparum

Pl. vivax

Pl. ovale

Pl. malariae

Mischinfektion

Erreger _____

unbekannt

Komplikationen

Intensivstation

Tod

Todesdatum ____ / ____ / 20____

Tag Monat Jahr

JA NEIN

JA NEIN

Therapie

Medikament	Dauer (Tage)	Resistenz?
Resochin (Chloroquin)		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Lariam (Mefloquin)		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Malarone (Proguanil + Atovaquon)		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Paludrin (Proguanil)		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Daraprim (Pyrimethamin)		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Vibramycin, Doxodyn (Doxycyclin)		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Chinin		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Athesiminsulfat		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
andere		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Bitte zurücksenden an zuständige Bezirksverwaltungsbehörde