

Labormeldung eines Patienten mit positivem Tuberkulose-Nachweis

Meldung eines Nachweises von M. tuberculosis-Komplex nach § 7 Abs. 1 IfSG an das zuständige Gesundheitsamt

Vom Gesundheitsamt auszufüllen
Eingangsdatum: _____

Nr. _____

entgegen genommen von: _____

Gesundheitsamt _____

Meldendes Labor (Stempel mit Anschrift und Telefon)

Datum _____

Unterschrift _____

Angaben zum Patienten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum männlich weiblich

Hauptwohnsitz _____
Straße/Hausnummer _____

PLZ Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort
falls abweichend: _____
Straße/Hausnummer _____

PLZ Ort

Angaben zum Einsender

Name _____

Institution _____

Abteilung _____

Adresse _____
Straße/Hausnummer _____

PLZ Ort

Telefon _____

Fax _____

Angaben zur Diagnostik

Mikroskopischer Nachweis säurefester Stäbchen

im Sputum-Direktpräparat

positiv negativ nicht durchgeführt

Diagnosedatum _____
Tag Monat Jahr

aus anderem Material _____

positiv negativ nicht durchgeführt

Diagnosedatum _____
Tag Monat Jahr

Angaben zum Untersuchungsmaterial

Tag der Einsendung des Materials _____
Tag Monat Jahr

Labornummer _____

NAT (z. B. PCR) eingeleitet ja nein

Kultur angelegt ja nein
wenn ja: _____
Tag Monat Jahr

Ergebnis weiterführender Diagnostik

(Nukleinsäure-Amplifikationstechnik (NAT)/Kultur)

NAT (z. B. PCR) pos. neg. _____
Material _____
Tag Monat Jahr

wenn positiv, Diagnosedatum _____
Tag Monat Jahr

Kultur pos. neg. _____
wenn positiv, Diagnosedatum _____
Tag Monat Jahr

- TB-Komplex, Differenzierung folgt
 - M. tuberculosis
 - M. africanum
 - M. bovis
 - BCG (keine Tuberkulose)
 - andere _____
- TB-Komplex, nicht differenziert

Angaben zur Chemotherapeutika-Resistenz

(bitte erst nach abschließender Beurteilung melden)

| | empfindlich | resistent | Grenzfall | nicht durchgeführt |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Isoniazid (INH) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rifampizin (RMP) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pyrazinamid (PZA) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ethambutol (EMB) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Streptomycin (SM) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

wenn resistent:
Übersendung des Stammes an NRZ ja nein
wenn ja: _____
Tag Monat Jahr

Bemerkungen (z. B. Infektionsquelle, Geburts- bzw. Herkunftsland, Aufenthalt in Deutschland seit wann)