

Malaria-Erfassungsbogen

Die Labormeldung des Plasmodiennachweises nach § 7 Abs. 1 IfSG muss über DEMIS erfolgen.

Dieser Bogen dient der Dokumentation und ggf. auf Nachfrage des Gesundheitsamts der Übermittlung der klinischen und epidemiologischen Angaben.

Gesundheitsamt	
Aktenzeichen	
Angaben zur Meldung	
Datum der §7-Meldung	
Kontaktdaten des Melders	
Kontaktdaten des/der behandelnden Arztes/Ärztin (falls abweichend vom Melder)	
Angaben zur Person	
Name	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers/andere
Geburtsjahr, Geburtsmonat	
Kontaktdaten [<i>Adresse Wohnort/ Aufenthaltsort, Telefon</i>]	
Hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Falls hospitalisiert: Wo? (Name, Ort des Krankenhauses)	
Falls hospitalisiert: Daten der Hospitalisierung (von... bis)	
Falls hospitalisiert: Grund der Hospitalisierung	<input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> andere
Verstorben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Falls verstorben, Datum des Todes	
Falls verstorben, Ursache	<input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> andere
Nosokomialer Ausbruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Zugehörigkeit zur Bundeswehr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Klinische Informationen	
Bestanden klinische Symptome?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Datum des Erkrankungsbeginns	
Symptome	Bitte alle vorliegenden Symptome ankreuzen
Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Muskel-, Glieder- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Schweres Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Frösteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Somnolenz/Bewusstseinsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Weitere Kriterien für das Vorliegen einer komplizierten Malaria	Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachangaben möglich
Zerebraler Krampfanfall	<input type="checkbox"/>
Respiratorische Insuffizienz	<input type="checkbox"/>
Kreislaufschock/Blutdruckabfall <90 mmHg systolisch	<input type="checkbox"/>
Spontanblutungen	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>
Azidose (Laktaterhöhung)	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Schwäche mit Unfähigkeit zu sitzen, zu stehen oder zu laufen (Prostration)	<input type="checkbox"/>
Hypoglykämie (Blutzucker <40 mg/dl bzw. <2,22 mmol/l)	<input type="checkbox"/>
Anämie	<input type="checkbox"/>

Handelt es sich um ein Rezidiv? (Unter einem Rezidiv versteht man die Reaktivierung einer Malaria tertiana (ausgelöst durch Infektion mit <i>P. vivax</i> oder <i>P. ovale</i>) durch Parasitenstadien, die in der Leber über Wochen und Monate inapparent überdauern können.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Falls es sich um ein Rezidiv handelt, wann war die Ersterkrankung? (Datum)	
Labormethoden	
Welcher Erreger wurde nachgewiesen?	Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachangaben möglich
Plasmodium falciparum	<input type="checkbox"/>
Plasmodium vivax	<input type="checkbox"/>
Plasmodium ovale	<input type="checkbox"/>
Malaria tertiana, nicht näher differenziert	<input type="checkbox"/>
Plasmodium malariae	<input type="checkbox"/>
Plasmodium knowlesi	<input type="checkbox"/>
Plasmodium Mischinfektion	<input type="checkbox"/>
Plasmodium ohne Differenzierung	<input type="checkbox"/>
Mit welcher Methode wurde die Malaria diagnostiziert?	Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachangaben möglich
Antigennachweis	<input type="checkbox"/>
Mikroskopischer Nachweis im Blut	<input type="checkbox"/>
Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR)	<input type="checkbox"/>
Wie hoch war die Parasitendichte (in %) bei Diagnose?	<input type="checkbox"/>
Epidemiologische Informationen	
Wahrscheinliches Infektionsland (es können mehrere Länder angegeben werden) Bei Ländern, in denen Malaria nur regional endemisch ist (z. B. südliches Afrika, Amazonasgebiet, Asien) bitte auch die besuchte Region/Provinz innerhalb des Landes angeben.	
Daten des Aufenthaltes im Infektionsland (von bis)	
Falls Aufenthalt in Endemiegebiet: Anlass	Bitte Zutreffendes ankreuzen
Tourismus	<input type="checkbox"/>
Besuch von Freunden/Verwandten	<input type="checkbox"/>
Geschäftsreise/beruflich	<input type="checkbox"/>
Flugpersonal	<input type="checkbox"/>
Langzeitaufenthalt, z.B. humanitäre Hilfe, Entwicklungsdienst, Missionsdienst	<input type="checkbox"/>
Kürzliche Migration nach Deutschland aus Endemiegebiet	<input type="checkbox"/>
Andere/sonstige (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>
Wurde eine medikamentöse Prophylaxe eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Wenn medikamentöse Prophylaxe, welches Medikament?	Bitte Zutreffendes ankreuzen
Chloroquin	<input type="checkbox"/>
Doxycyclin	<input type="checkbox"/>
Proguanil	<input type="checkbox"/>
Atovaquon/Proguanil (Malarone)	<input type="checkbox"/>
Mefloquin	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja
Erfolgte die Einnahme der Prophylaxe regelmäßig und vollständig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

(Doxycyclin: 1x/Tag, ab 1-2 Tage vor bis 4 Wochen nach Aufenthalt im Endemiegebiet; Atovaquon/Proguanil: 1x/Tag, ab 1-2 Tage vor bis 7 Tage nach Aufenthalt im Endemiegebiet; Mefloquin: 1x/Woche, ab 1 Woche vor bis 4 Wochen nach Aufenthalt im Endemiegebiet; Chloroquin, Proguanil: nicht mehr empfohlen)	
Sonstiges (bitte erläutern)	
Falls kein Aufenthalt in einem Malaria-Endemiegebiet in den letzten 12 Monaten	
Jemals Aufenthalt in einem Malaria-Endemiegebiet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
falls ja: Wo und wann zuletzt?	
Aufenthalt an einem internationalen Flughafen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Kürzlich Besuch aus Malaria-Endemiegebieten erhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Kürzlicher Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Kürzliche Transfusion von Blutprodukten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Sonstiges (bitte erläutern)	
Bemerkungen	

Hinweis: Auf eine datenschutzkonforme Übermittlung personenbezogener Daten ist zu achten.