



Tuberkulose (TB) Ergänzungsmeldung

MDR-TB: resistent auf Isoniazid und Rifampicin

Die Informationen zum Behandlungsergebnis werden 24 Monate nach Behandlungsbeginn mit Reservemedikamenten eingeholt.

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

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m

Verlauf

Datum des Behandlungsbeginns mit Reservemedikamenten für MDR: __/__/____

Datum des ursprünglich geplanten Behandlungsendes: __/__/____

Datum des effektiven Behandlungsendes (letzte Dosis Antituberkulotika): __/__/____

Behandlungsergebnis

Bitte nur das erste eingetretene Ereignis ankreuzen:

- Patient geheilt:** letzte 3 Kulturen im Abstand von mindestens einem Monat negativ nach dem Absetzen der injizierbaren Medikamente
- Therapie abgeschlossen** ohne Nachweis von 3 negativen Kulturen im Abstand von mindestens einem Monat nach dem Absetzen der injizierbaren Medikamente
Grund: vorgesehene Therapiedauer erfüllt
 andere Gründe: _____
- Therapieunterbruch oder -abbruch:** Unterbrechung der Behandlung durch den Patienten während mindestens 2 aufeinander folgenden Monaten oder Abbruch der Behandlung.
- Therapieversagen**, d.h. Behandlung abgebrochen oder definitiver Ersatz von mindestens 2 Medikamenten wegen:
 fehlender Konversion zu negativen Kulturen nach dem 8. Behandlungsmonat oder nach dem Absetzen der injizierbaren Medikamente (2 Kulturen, die im Abstand von mindestens einem Monat abgenommen wurden, sind *nicht* nacheinander negativ)
 Reversion zu positiven Kulturen (2 Kulturen, die nach einer vorherigen Konversion zu negativen Kulturen nach dem Absetzen der injizierbaren Medikamente im Abstand von mindestens einem Monat abgenommen wurden, sind nacheinander positiv)
 Entwicklung von zusätzlichen Resistenzen auf Fluorochinolone oder auf injizierbare Medikamente unter Behandlung
 Abbruch durch Arzt wegen Nebenwirkungen der Medikamente
- Patient verstorben** vor Beginn oder während der Tuberkulose-Behandlung
Todesursache: TB andere Ursache
- Überweisung** an eine andere Stelle zur Behandlung / Weiterbehandlung *und* es liegt kein Therapieresultat vor:
Name Arzt/Ärztin: _____ Telefon: _____
Adresse der Praxis / des Spitals: _____ E-Mail: _____
- Patient ist 24 Monate nach Beginn der MDR-Therapie **immer noch unter Behandlung** (und kein anderes der oben erwähnten Behandlungsergebnisse eingetroffen).
Grund: _____
- Unbekannt:** keine Angabe zum Behandlungsergebnis, Grund: _____

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

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