

**INFLUENZA-VIRUSNACHWEIS
 FÜR SENTINELLA**

Abstrich-Nr :

Bitte nicht beschriften

Arztcode :		Formular-Nr. :		Patienten-Nummer :							
ARZT			PATIENT								
Name :			Vollständiges Geburtsdatum : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
Vorname :			Name :								
Strasse :			Vorname :								
PLZ : Stadt :			Geschlecht : <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich								
☎ : Fax:			Ort : Kanton:								
ANGABEN ZUR PROBE ¹											
Probenentnahme : <input type="checkbox"/> Nasen- / Rachenabstrich		Andere :		Datum :							
Krankheit : Beginn vor <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Tagen		a) <input type="checkbox"/> akuter Krankheitsbeginn									
b) <input type="checkbox"/> Fieber >38° C c) <input type="checkbox"/> 37-38° C d) <input type="checkbox"/> Myalgien		e) <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen f) <input type="checkbox"/> Husten									
g) <input type="checkbox"/> Pneumonie Andere Symptome :											
<input type="checkbox"/> chron. Erkrankung / Immunsuppr.:		<input type="checkbox"/> Schwangerschaft									
Impfung : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiss nicht		Datum (tt/mm/jj):/...../20.....									
Agripal <input type="checkbox"/> Mutagrip <input type="checkbox"/> Fluarix <input type="checkbox"/> Flud <input type="checkbox"/> Influvac <input type="checkbox"/> Inflaxal V <input type="checkbox"/> Optaflu <input type="checkbox"/> Anderes:											
POSTTHERAPEUTISCHE RESISTENZ											
Durchgeführte Behandlung mit antiviralen Medikamenten in den letzten 14 Tagen ?											
<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> der Patient selbst		<input type="checkbox"/> andere Person im Haushalt des Patienten							
mit: <input type="checkbox"/> Tamiflu <input type="checkbox"/> Relenza		<input type="checkbox"/> Symmetrel		Anderes:							
BESTELLUNG VON MATERIAL ZUR PROBENGEWINNUNG ²											
Alles für : <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 Proben											
Nur :x Transportmilieus/x Wattetupfer/x Umschläge/ x Begleitformulare											

¹ **Abstriche:** Es wird empfohlen, einen tiefen Nasenabstrich und einen Rachenabstrich zu nehmen. Benutzen Sie 2 Wattetupfer und führen Sie diese in dasselbe Röhrchen ein. Brechen Sie anschliessend dessen Ende ab.

² **Bestellung:** Senden Sie ihre Material-Bestellung bitte per E-Mail an agnv@hcuge.ch oder per Fax: 022/ 372 40 97

Auskunft: Für alle Fragen wenden Sie sich bitte an Dr. A.R. Gonçalves Cabecinhas ☎ 022 / 372 40 81.