Erhebungsbogen für Mpox (Mpox-Virus)

Erhebung der für die Fallübermittlung nach § 11 Abs. 1 IfSG relevanten Daten bei Meldungen nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 lit u IfSG und § 7 Absatz 1 Nr. 36a IfSG.

Patientin/Patient

Name: Vorname: Geschlecht: bitte auswählen

Geburtsdatum: (tt.mm.jjjj)

Erkrankungsbeginn (falls genaues Datum unbekannt bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben)

von (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)

Hospitalisierung

Aktuell hospitalisiert bitte auswählen

Hospitalisierungsgrund bitte auswählen

Hospitalisiert vom (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)

Sterbestatus

Verstorben bitte auswählen

Verstorben am (tt.mm.jjjj)

Todesursache bitte auswählen

Bei Angabe der Todesursache bitte vermerken, ob der Patient direkt oder indirekt an der übermittelten Infektionskrankheit verstorben ist. Verwenden Sie zur Beurteilung des Sachverhalts die Angaben auf der Todesbescheinigung (Teil I a bis c). Sofern die übermittelte Krankheit nicht als Teil der zum Tod führenden Kausalkette genannt ist, sollte ‚aufgrund anderer Ursache' angekreuzt werden.

Expositionsort (bis 21 Tage vor Symptombeginn, bei verschiedenen Ländern, Städten, Orten, Veranstaltungen usw. siehe Seite 2)

Land (wenn nicht Deutschland)

Stadt/Region

Ort/Veranstaltung

Aufenthalt von (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)

Impfstatus

Impfung gegen Mpox ◯ nein ◯ ja, am (tt.mm.jjjj) ◯ unbekannt

Impfung gegen Pocken ◯ nein ◯ ja, am (tt.mm.jjjj) ◯ unbekannt

Klinisches Bild/Symptome

- ☐ Fieber
- ☐ Hautausschlag
- ☐ Hautläsionen, wo:
- ☐ Schleimhautläsionen, wo:
- ☐ Lymphknotenschwellung, wo:

Beginn der (Schleim-)Hautsymptome: (tt.mm.jjjj)

Laborangaben

Probe ans Konsiliarlabor für Pockenviren versandt

◯ Nein ◯ Ja, am: (tt.mm.yyyy)

Erreger: ◯ Klade 1 (zentralafrikanische Klade) bitte auswählen

◯ Klade 2 (westafrikanische Klade) bitte auswählen

Wahrscheinlicher Infektionsweg

☐ Sexueller Kontakt mit bekanntermaßen infizierter Frau
☐ Sexueller Kontakt mit bekanntermaßen infiziertem Mann
☐ Sexueller Kontakt mit Männern
☐ Sexueller Kontakt mit Frauen
☐ Haushaltskontakt
☐ Berufliche Exposition durch Patienten/-innen, Material
☐ Kontakt zu infiziertem Tier
☐ Anderer Infektionsweg:
☐ Infektionsweg unbekannt

Absonderung

◯ ja ◯ nein ◯ unbekannt

Absonderung vom (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)

Weitere Expositionsorte

Die folgenden Angaben bei mehreren möglichen Expositionsorten ausfüllen

Expositionsort 2 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland)

Stadt/Region

Ort/Veranstaltung

Expositionszeit 2 **von** (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)

Expositionsort 3 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland)

Stadt/Region

Ort/Veranstaltung

Expositionszeit 3 **von** (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)

Expositionsort 4 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland)

Stadt/Region

Ort/Veranstaltung

Expositionszeit 4 **von** (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)

Expositionsort 5 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland)

Stadt/Region

Ort/Veranstaltung

Expositionszeit 5 **von** (tt.mm.jjjj) **bis** (tt.mm.jjjj)