

Fragebogen zur Surveillance importierter Leishmanien-Infektionen in Deutschland

(Fax an 030-30116888, Arbeitsgemeinschaft Leishmaniasis der PEG/DTG, Dr. T. Weitzel)

MELDENDE INSTITUTION		Adresse:	
Klinik ¹ :			
Arzt:	Tel:	Fax:	E-mail:

¹ Bei SIMPID-Zentren genügt die Angabe des Dreibuchstabencodes der Meldeeinheit

PATIENT	Vorstellungsdatum (tt/mm/jj)	Geschlecht		Geburtsdatum (tt/mm/jj)	Wohnort (Land)	Geburtsland
ID ² :	/ /	M	W	/ /		
Wahrscheinliches Infektionsland		Patientenklassifikation			Zweck der Reise	
		<input type="checkbox"/> Immigrant / Flüchtling <input type="checkbox"/> Ausländischer Besucher <input type="checkbox"/> Einheimischer, lebt/arbeitet im Inland <input type="checkbox"/> Einheimischer, lebt/arbeitet im Ausland (Stadt) <input type="checkbox"/> Einheimischer, lebt/arbeitet im Ausland (Land)			<input type="checkbox"/> Tourismus <input type="checkbox"/> Besuch Freunde/Verwandte <input type="checkbox"/> Geschäftsreise <input type="checkbox"/> Immigration/Flucht <input type="checkbox"/> Wissenschaft/Ausbildung <input type="checkbox"/> Missionar/Humanitäre Hilfe <input type="checkbox"/> Militärmission <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Reisende/ Einreise (tt/mm/jj)						
/ /						
Reisedauer (Tage)						

² Muss bei SIMPID-Zentren mit der Patienten-ID auf dem Surveillance-Meldebogen übereinstimmen

KLINIK	Hautbefall	Schleimhautbefall
Hauptbeschwerden (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> Asymptomatisch <input type="checkbox"/> Fieber (38,5°C) <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie <input type="checkbox"/> Hepatomegalie <input type="checkbox"/> Splenomegalie <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Leukopenie <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Extremitäten <input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Gesicht/Hals Anzahl der Läsionen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> >5 Art <input type="checkbox"/> plaqueförmig <input type="checkbox"/> ulzerativ <input type="checkbox"/> papulär/nodulär	<input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/> Rachen
	Erkrankungsbeginn (tt/mm/jj) / /	

DIAGNOSE	Spezies	Nachweisverfahren	Ergebnis	Material
<input type="checkbox"/> Viszerale Leish. <input type="checkbox"/> Kutane Leish. <input type="checkbox"/> Mukokutane Leish.	<i>Leishmania</i>	Mikroskopie	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	_____
	PCR	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	_____
		Kultur	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	_____
		Serologie	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	_____
	<input type="checkbox"/> Spezies nicht bekannt	Sonstige:		

Begleitdiagnosen: HIV-Koinfektion ja nein Sonstige:

THERAPIE / VERLAUF	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	Stationärer Aufenthalt in Tagen:			
	Substanz(en)/andere Maßnahmen	Gabe ³		Dauer (Tage)	Behandlungserfolg
1. Regime	1.	L	S		<input type="checkbox"/> Vollremission <input type="checkbox"/> Teilremission <input type="checkbox"/> kein Erfolg Kommentar:
	2.	L	S		
	3.	L	S		
2. Regime	1.	L	S		<input type="checkbox"/> Vollremission <input type="checkbox"/> Teilremission <input type="checkbox"/> kein Erfolg Kommentar:
	2.	L	S		
	3.	L	S		

Komplikationen Ja Nein Wenn ja, welche?

³ Medikamentengabe: L=lokal S=systemisch