

gültig ab:
Version: 1.0
Geprüft: MC/DW

gültig bis:
Erstellt von: MC, AG, DM, DW
Freigabe: MC

Fragen für Patienten mit V.a. hochkontagiöse Erkrankungen (V.a. hämorrhagisches Fieber, z.B. bei Ebola)

Bei Unklarheiten bitte Dienst-OA kontaktieren

Unbedingt Algorithmus V.a. Ebola beachten!

Immer an die Vorsichtsmaßnahmen in unklare Situation denken:

1. Persönliche Schutzkleidung nach Standard
2. Einhalten von Abstand (mind. 1-2 Meter)

<u>Zu stellende Fragen:</u>		
1.1	Kommen oder waren Sie in Guinea, Liberia, Sierra Leone, Senegal, oder Kongo? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Venez-vous ou étiez-vous en Guinée, au Libéria, en Sierra Leone, au Sénégal ou au Congo ? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No
1.2	Wo genau in diesem Land waren Sie? Bitte Angabe von Stadt, Provinz:	Où étiez-vous exactement dans ce pays? Veuillez indiquer la ville, la province :
2.	Wann waren Sie zum letzten Mal dort? Vor weniger als 4 Wochen? <input type="checkbox"/> Ja weiter bei 3 <input type="checkbox"/> Nein	Quand étiez-vous pour la dernière fois à cet endroit ? Moins de 4 semaines ? <input type="checkbox"/> Qui weiter bei 3 <input type="checkbox"/> No
3.1	Hatten Sie Kontakt zu Tieren oder Kadavern dort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Avez-vous été en contact avec des animaux ou des cadavres là-bas ? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No
3.2	Haben Sie Flughunde oder Bushmeat verzehrt? Hatten Sie Kontakt mit Affen, Fledermäusen, Flughunden oder deren Ausscheidungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Avez-vous mangé des roussettes ou de la viande de brousse (Buschmeat) ? Avez-vous été en contact avec des singes, des chauves-souris, des roussettes ou leurs excréments? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No
3.3	Waren Sie in Höhlen oder Minen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Étiez-vous dans des grottes ou des mines? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No

3.4	<p>Hatten Sie mit an Ebola erkrankten Menschen oder deren Kleidung oder dem Virus zu tun? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>	<p>Avez-vous eu à faire à des personnes atteintes du virus Ebola, leurs vêtements ou au virus lui-même ? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Je ne se pas</p>
3.5	<p>Hatten Sie Kontakt zu Personen, die mit Ebola infizierten Patienten Kontakt hatten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>	<p>Avez-vous eu contact avec des personnes qui elles-mêmes ont été en contact avec des personnes infectées par le virus Ebola ? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Je ne se pas</p>
3.6	<p>Waren Sie in einem Krankenhaus, in dem Patienten mit Ebola betreut wurden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>	<p>Avez-vous été dans un hôpital où des patients atteints du virus Ebola étaient suivis ? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Je ne se pas</p>
3.7	<p>Hatten Sie mit einem Verstorbenen zu tun oder waren Sie auf einer Beerdigungszeremonie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Avez-vous été en contact avec une personne décédée. Avez-vous assisté à un enterrement ? <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> No</p>
3.8	<p>Bitte geben Sie die Beschwerden an, welche Sie aktuell haben (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Blutungen aus Darm, Mund, Genitalbereich?</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges</p>	<p>Veillez indiquer de quels troubles physiques vous souffrez (cochez, svp):</p> <p><input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> nausée <input type="checkbox"/> vomissements <input type="checkbox"/> saignements intestinaux, dans la bouche ou les régions génitales?</p> <p><input type="checkbox"/> autres</p>
3.9	<p>Haben Sie chronische Erkrankungen? (bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> HIV/ Tuberkulose/Hepatitis <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges</p>	<p>Souffrez-vous de maladies chroniques (cochez, svp) :</p> <p><input type="checkbox"/> paludisme <input type="checkbox"/> VIH, tuberculose, hépatite <input type="checkbox"/> maladies cardiaques <input type="checkbox"/> maladies pulmonaires</p> <p><input type="checkbox"/> autres</p>