

Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung der Masern im Freistaat Sachsen

- Sächsisches Herdbekämpfungsprogramm Masern -

Stand: Juni 2017

1	Epidemiologie	
1.1	Erreger	Das Masernvirus ist ein ausschließlich humanpathogenes, einsträngiges, behülltes RNA-Virus. Es gehört zur Familie der Paramyxoviridae, Genus Morbillivirus, und ist in seiner Antigenstruktur sehr stabil. Es gibt nur einen Serotyp. Nach Sequenzanalyse der Masernvirus-RNA und anschließender Genotypisierung werden die bisher bekannten Masernviren weltweit 8 Gruppen (Clades A bis H) mit 24 Genotypen zugeordnet.
1.2	Inkubationszeit	8-10 Tage bis zum Beginn des katarrhalischen Stadiums 14 (-21) Tage bis zum Beginn des Exanthems Eine subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) als persistierende Maserninfektion des ZNS manifestiert sich erst nach durchschnittlich 6-8 Jahren als seltene Spätkomplikation.
1.3	Übertragung	Masern sind hochkontagiös (Kontagionsindex nahe 100 %) mit einem ebenfalls hohen Manifestationsindex von fast 100 %. Jede direkte Exposition muss als epidemiologisch effektiver Kontakt gewertet werden. Die Übertragung erfolgt durch Direktkontakt mit infektiösen nasopharyngealen oder konjunktivalen Sekreten, selten durch Blut oder Urin. Indirekt erfolgt die Ansteckung als aerogene oder seltener Schmierinfektion über Gegenstände. Selten ist eine Übertragung durch Luft über große Entfernungen (z. B. Kleidung des ärztlichen und Pflegepersonals, Luftzug von Zimmer zu Zimmer = "fliegende Infektion"). Erkrankte sind 3-5 Tage vor Exanthemausbruch und bis 4 Tage nach Exanthemausbruch infektiös, am höchsten ist die Ansteckungsgefahr im katarrhalischen Stadium, kurz vor Auftreten des Exanthems.
1.4	Verbreitung	Weltweite Verbreitung (v. a. Entwicklungsländer, Afrika), endemisch, hohe Durchseuchung. Zum Erreichen einer Herdenimmunität (= Immunitätslage in der Gesamtbevölkerung, die vor einer weiteren Infektionsausbreitung schützt) sind Durchimmunisierungsraten von 95 % nötig. Trotz Einführung der aktiven Masernschutzimpfung vor etwa 40 Jahren (1965 auf freiwilliger Grundlage, 1970 als einmalige Pflichtimpfung, seit 1983 im Masern-Eradikationsprogramm: 2-malige Impfung) kommt es auch in Sachsen immer noch zu Masern-Erkrankungen und -Ausbrüchen.
1.5	Falldefinition	Bei allen exanthematischen Erkrankungen sind die Masern auch labordiagnostisch in die Differenzialdiagnose einzubeziehen (Meldung siehe Punkt 6). Über die zuständige Landesbehörde (LUA) an das RKI zu übermittelnde Fälle sind: <ul style="list-style-type: none">- Klinisch diagnostizierte Erkrankung (siehe aber unter Punkt 3)- Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung- Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung- Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild- Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

2	Klinik	
2.1	Leitsymptome	<ul style="list-style-type: none"> - Zweiphasiger Verlauf <ol style="list-style-type: none"> 1. Prodromal- oder katarrhalisches Stadium: <ul style="list-style-type: none"> - Fieber, Katarrh (wässriger Schnupfen), Konjunktivitis, Husten, Pharyngitis, Laryngitis, dunkelrotes Exanthem am Gaumen, Koplik-Flecken (kalkspritzerartige weiße Flecken an der Mundschleimhaut) 2. Exanthemstadium (3-7 Tage nach Beginn des 1. Stadiums): <ul style="list-style-type: none"> - generalisiertes makulopapulöses Exanthem (bräunlich-rosafarbene konfluierende Hautflecken), hinter den Ohren und im Gesicht beginnend, mindestens 3 Tage anhaltend - transitorische Immunschwäche von ca. 6 Wochen Dauer → Komplikationen - abgeschwächte und atypische Masern möglich
2.2	Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> - bakterielle Superinfektionen wie Otitis media, Pneumonie, Bronchitis, Diarrhöen, Myokarditis, Myelitis etc. - pathologische EEG-Veränderungen (über 50 %) - akute postinfektiöse Enzephalitis (0,1 % der Fälle, davon 10-20 % tödlich, 20-30 % Residualschäden) - bei Immunsupprimierten/zellulären Immundefekten: schwere Organkomplikationen möglich (progrediente Riesenzellpneumonie, Masern-Einschlusskörper-Enzephalitis) mit Letalität von ca. 30 %
	Spätkomplikationen	<ul style="list-style-type: none"> - Defektheilung nach Enzephalitis (20-30 %), Residualschäden am ZNS - Subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE): nach 6-8 Jahren, Letalität 100 %, 4-11:100.000, Kinder <5 Jahre: 20-60:100.000
3	Labordiagnostik	Eine sichere Diagnose allein anhand des klinischen Bildes ist nicht möglich, die labor-diagnostische Bestätigung ist zwingend erforderlich.
3.1	Untersuchungsmaterial	<ul style="list-style-type: none"> - Rachenabstrich, Wangenschleimhautabstrich, Abstrich von Zahnleiste, Zahnleistenflüssigkeit oder Speichelsekret, ggf. Konjunktivalabstrich (Tupfer jeweils im flüssigen Viruserhaltungsmedium transportieren, ggf. poolen) für PCR - Urin (mind. 5 ml) für PCR - Serum (1 ml) zum Nachweis von Masernvirus-spezifischen IgG- und IgM- Antikörpern - Bei Verdacht auf schwere Organkomplikationen: Bronchialsekret, Liquor u.a.
3.2	Zeitpunkt der Probenahme bei Masernverdacht	<ul style="list-style-type: none"> - Serum, Abstrichproben (s.o.) und Urin sollten gleichzeitig entnommen werden. - Entnahme der Patientenproben im Prodromalstadium bis zum 5. Tag nach Exanthembeginn, in Ausnahmefällen bis spätestens zum 7. Tag - nur Serum allein bis zu 6 Wochen nach Exanthembeginn - zum Nachweis einer Serokonversion: Abnahme einer 2. Serumprobe im Abstand von 10-14 Tagen, wenn in der 1. Serumprobe keine IgM-Antikörper nachweisbar waren bzw. die PCR-Ergebnisse negativ waren
3.3	Methoden	<p><u>1. Serologische Diagnostik</u> - Nachweis Masernvirus-spezifischer Antikörper</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitbedarf: ein halber Arbeitstag - <u>Marker einer akuten Masernvirusinfektion:</u> <ul style="list-style-type: none"> → Nachweis von Masernvirus-spezifischen IgM-Antikörpern (mittels ELISA) → Serokonversion und/oder signifikanter Anstieg von Masernvirus-spezifischen IgG-Antikörpern (mittels ELISA; Serumpaare im Abstand von 10-14 Tagen) - <u>IgM-Antikörper</u> <ul style="list-style-type: none"> - können mit Ausbruch des Exanthems bereits nachweisbar sein (bei bis zu 30 % der an Masern Erkrankten sind sie am 1.-3. Exanthemtag jedoch noch nicht vorhanden) - können mehrere Monate persistieren, i.d.R. bis 6 Wochen nachweisbar, in Einzelfällen auch länger - können nach Impfung nach etwa 2-3 Wochen nachweisbar sein (Antikörpertiter i.d.R. niedriger als nach natürlicher Infektion) - können bei Reinfektionen, bei sog. Durchbruchserkrankungen (bei Personen, die trotz Impfung an Masern erkranken) bzw. bei sekundären Impfersagern fehlen (Diagnosesicherung durch signifikanten Masern-IgG-Titeranstieg im Folgeserum nach ca. 10-14 Tagen möglich)

- 3.3 Methoden (Fortsetzung)
- IgG-Antikörper
 - Ihr Nachweis nach Erkrankung oder Impfung zeigt Immunität an (bei gleichzeitig negativem Wert für Masern-IgM-Antikörper).
 - werden nach der Infektion wenig später als IgM-Antikörper gebildet (spätestens 6-12 Tage nach Ausbruch des Exanthems)
 - steigen innerhalb 2-3 Wochen auf hohe Werte an
 - persistieren möglicherweise lebenslang auf niedrigeren Werten
 - Titer nach Impfung sind i.d.R. niedriger als nach Infektion mit Wildvirus

Bei Antikörpernachweis muss ein zeitlicher Zusammenhang zu einer Masern-Impfung anamnestisch ausgeschlossen sein.

2. Direkter Nachweis - Nachweis der Masernvirus-RNA

- Zeitbedarf: ein Arbeitstag
- Virusgenomnachweis aus Abstrichproben, Speichelsekret/Zahntaschenflüssigkeit (Tupfer jeweils im flüssigen Viruserhaltungsmedium transportieren), Urin, Bronchialsekret, Liquor mittels RT-PCR (siehe auch unter 3.2)
 - Positive PCR-Ergebnisse in Patientenproben bestätigen den Masernverdacht
- Masernvirus-RNA bis zu 5 Tagen nach Exanthembeginn nachweisbar (in Einzelfällen auch länger)
- Negative PCR-Ergebnisse sind nicht in jedem Fall ein sicherer Ausschluss einer Masernvirusinfektion

→ Virusanzucht

- Zeitbedarf: 2-3 Wochen
- keine Routinediagnostik, Erfolgsraten niedrig (Masernvirus instabil)

Für die Labordiagnose akuter Erkrankungen oder Verdachtsfälle, insbesondere zur Einleitung von Herdbekämpfungsprogrammen in Gemeinschaftseinrichtungen, sollte neben der molekularbiologischen Schnell Diagnostik (PCR) die IgG/IgM-Antikörperbestimmung durchgeführt werden.

- 4 Therapie**
- symptomatisch, Bettruhe, keine spezifische antivirale Therapie
 - bakterielle Superinfektion: antibiotisch

5 Prophylaxe

- 5.1 Aktive Schutzimpfung
- S = Standardimpfung
- S • alle empfänglichen Personen
- Als empfänglich gelten alle ungeimpften Personen jünger als Geburtsjahrgang 1958 ohne immunologisch nachgewiesene überstandene Erkrankung.
 - zweimalige Impfung erforderlich (Mindestabstand 3 Monate, der in den Fachinformationen der Impfstoffhersteller angegebene Mindestabstand von 4 Wochen sollte nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen) oder einmalige Impfung mit Immunitätsnachweis
 - Es gibt keine Altersbegrenzung für die Masernimpfung.
 - vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe (Masern-Mumps-Röteln, MMR) verwenden

- 5.1.1 Impfstoffe
- Siehe hierzu <http://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoff-impfstoffe-fuer-den-menschen/-masern/masern-node.html>

- 5.1.2 Durchführung
- Siehe Impfpfehlungen der SIKO, E 1, (hier: Stand 01.01.2017)
- S siehe Punkt 5.1
- Impfkalender:
- Erstimpfung:
- alle Kleinkinder und Kinder ab 2. Lebensjahr (ab vollendetem 12. Lebensmonat; Kinder, deren Mütter anamnestisch Masern hatten, erst ab vollendetem 14. Lebensmonat) mit Kombinationsimpfstoff (Masern-Mumps-Röteln, MMR)
 - unter besonderen Bedingungen (Besuch Kita vor vollendetem 1. Lebensjahr, Kontakt zu Erkrankten, Reisen oder Aufenthalte in Endemiegebieten, Masernausbrüche) Impfung ab vollendetem 6. Lebensmonat, zusätzliche Impfdosis mit 12-15 Monaten, beide Impfungen zusammen gelten als Erstimpfung.
- Zweitimpfung:
- um den 4. Geburtstag, frühestens zur U8 (46.-48. Lebensmonat) bis spätestens/oder zur Schulaufnahmeuntersuchung mit Kombinationsimpfstoff (Masern-Mumps-Röteln, MMR)

		<ul style="list-style-type: none"> - bei Indikation (Masernexposition) ist die zweite Impfung vorzuziehen, Mindestabstand zur Erstimpfung: 3 Monate (in Ausnahmefällen 4 Wochen)
5.1.2	Durchführung (Fortsetzung)	<p>Indikationsimpfung:</p> <p>I/B/R Zur Durchsetzung des Masern-Eradikationsprogramms der WHO ist es erforderlich, alle empfänglichen Personen zu impfen. Eine konkrete Empfehlung für bestimmte (auch berufliche und Reise-) Indikationsgruppen wird nicht gegeben.</p> <p>P Postexpositionelle aktive Impfung aller empfänglichen Personen mit Kontakt zu an Masern Erkrankten möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition. Ggf. auch passive Immunisierung (bis 6 Tage nach Exposition). Eine postexpositionelle aktive Immunisierung später als 6 Tage nach der Exposition schützt bei evtl. folgenden Expositionen (weiteren Erkrankungswellen).</p> <p>Alle Kontaktpersonen zu Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen (Kontakt zum Indexfall ab 5 Tage vor Exanthemausbruch beim Indexfall) sind auf ihre Masernempfindlichkeit zu überprüfen: Kontrolle des Impfausweises bzw. ggf. serologische Testung, wobei serologische Untersuchungen nicht zu einer Verzögerung der Riegelungsimpfung führen dürfen.</p> <p>Als Kontaktpersonen gelten insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle Haushaltsmitglieder - alle Klassenangehörigen der Schulklasse - Spielkameraden - Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren (bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe) - enge Kontaktpersonen in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltähnlichem Charakter (Internate, Wohnheime, Kasernen etc.) - enge berufliche Kontaktpersonen
5.1.3	Kontraindikationen für eine Masernimpfung	<p>Die Kontraindikationen bei der Masernimpfung sind in der Empfehlung E 2 der Sächsischen Impfkommision: "Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen", Stand 01.11.03, enthalten. Es sind dies in Kurzform:</p> <ul style="list-style-type: none"> - akute Erkrankungen - Immundefizienz (bei HIV Sonderregelung) - Schwangerschaft - Allergien gegen Impfstoffbestandteile - Bei allergologisch abgesicherter klinisch relevanter Hühnereiweißallergie kann man spezielle monovalente (Moraten®) bzw. Kombinationsimpfstoffe (Triviraten®), beide Berna Biotech, Schweiz, anwenden, die zwar nicht vom Paul Ehrlich-Institut zugelassen sind, aber im Einzelfall durch den behandelnden Arzt verordnet werden dürfen.
5.2	Passive Immunisierung mit Immunglobulin	<ul style="list-style-type: none"> - Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - Immundefiziente - Säuglinge empfänglicher Mütter - Säuglinge immuner Mütter im Alter von 4-6 Monaten (Säuglinge unter 4-6 Monaten sind in der Regel noch partiell oder komplett geschützt.) - Wirkung nur innerhalb von 3-6 Tagen nach Exposition zu erwarten - Abstand zu evtl. nachfolgenden aktiven (Masern-)Impfungen beachten (5-6 Monate!)
5.3	Aufklärung von Kontaktpersonen	Neben der Impfung hat eine Aufklärung über evtl. auftretende Frühsymptome zu erfolgen, bei denen sofort ein Arzt aufzusuchen ist.
6	Meldepflicht	<ul style="list-style-type: none"> - sofortige namentliche Meldung bei Verdacht, Erkrankung sowie Tod an das zuständige Gesundheitsamt (IfSG § 6 Abs. 1 Nr. 1) - sofortige namentliche Meldung eines direkten oder indirekten Nachweises des Masernvirus, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen (IfSG § 7 Abs. 1 Nr. 31)
7	Maßnahmen für Gemeinschaftseinrichtungen	

7.1	Erkrankte und Krankheitsverdächtige	<p>→ Personen, die an Masern erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen in den in § 33 IfSG genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.</p> <p>Dies gilt entsprechend für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen (§ 34 Abs. 1 IfSG).</p> <p>→ Wiederzulassung zur Tätigkeit oder Besuch nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens jedoch 5 Tage nach Exanthemeausbruch</p>
7.2	Kontaktpersonen	<p>Empfängliche Kontaktpersonen:</p> <p>→ Ausschluss von Gemeinschaftseinrichtungen für mindestens 14 (besser 16 Tage) nach Exposition</p> <p>Nichtempfängliche Kontaktpersonen:</p> <p>→ Wiederzulassung zur Gemeinschaftseinrichtung sofort</p> <p>Als „nichtempfänglich, immun“ gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geimpfte: zweimalige MMR-Impfung (oder M-Impfung), Mindestabstand 3 Monate zur ersten Applikation, bzw. einmalige Impfung mit Immunitätsnachweis (IgG-Ak) - postexpositionell innerhalb von 72 Std. nach Erstexposition Geimpfte: auch hier Zweitimpfung im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich - Säuglinge von immunen Müttern bis 4. (6.) Lebensmonat - Personen mit überstandener Erkrankung mit immunologischem Nachweis - Personen, die 1958 und zuvor geboren sind - einmalig geimpfte Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (also altersentsprechend geimpfte Kinder) dürfen die Einrichtung weiter besuchen, sollten die zweite Impfung aber schnellstmöglich erhalten. Jenseits des 6. Geburtstages sind einmal geimpfte Kontaktpersonen jedoch für mindestens 14 (besser 16 Tage) nach Exposition auszuschließen, wenn kein Immunitätsnachweis vorliegt. Die Zweitimpfung sollte auch hier erfolgen.
7.3	Desinfektion	von Kindergärten, Schulen, anderen Gemeinschaftseinrichtungen in der Regel nicht notwendig
7.4	Neuaufnahme für Gemeinschaftseinrichtungen	<p>→ Aufnahmesperre für Empfängliche, Neuaufnahme und Wiederzulassung nach frühestens 14 (besser 16) Tagen</p> <p>Neuaufnahmen sind möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei bestehendem Impfschutz (siehe Punkte 5.1.2 und 7.2), - nach postexpositioneller Schutzimpfung innerhalb von 3 Tagen nach Kontakt (siehe Punkt 5.1.2) oder - nach früher abgelaufener, labordiagnostisch bestätigter Masernerkrankung
8	Hygienemaßnahmen im Krankenhaus	
8.1	Patientenbezogen	- räumliche Isolierung des Patienten bis 5 Tage nach Exanthemeausbruch
8.2	Personalbezogen	<ul style="list-style-type: none"> - nur nichtempfängliches, immunes Personal einsetzen (siehe Punkt 7.2) - Schutzkittel: erforderlich - Handschuhe: erforderlich bei möglichem Kontakt mit erregerehaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten - Mund-Nasen-Schutz: empfehlenswert für Personen, die nicht immunisiert sind - Hygienische Händedesinfektion (Wirkungsbereich B) vor und nach Patientenkontakt, nach Kontakt mit erregerehaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten
8.3	Desinfektion/Entsorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Eine routinemäßige Desinfektion ist für patientennahe Flächen erforderlich; sie ist bei Bedarf auf weitere Flächen auszudehnen. - Es sind Mittel der jeweils aktuellen Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren, die auch in der Liste der VAH verzeichnet sind, einzusetzen, sofern sie gegen Viren wirksam sind (Wirkungsbereich B) - keine über die Standardhygiene hinausgehende Schlussdesinfektionsmaßnahmen notwendig

8.3	Desinfektion/ Entsorgung (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> - Standardhygiene für die Reinigung/Desinfektion von Geschirr, Textilien, Wäsche, Matratzen, Kissen, Decken - Entsorgung der Abfälle: AS 18 01 04 gemäß LAGA-Richtlinie (Stand: September 2009)
9	Aufgaben des erstbehandelnden Arztes	<ul style="list-style-type: none"> - Sofortige namentliche Meldung bei Verdacht, Erkrankung sowie Tod an das zuständige Gesundheitsamt (IfSG § 6 Abs. 1 Nr. 1) - Erfassung und Aufklärung der Kontaktpersonen in der Familie - Einleitung der Riegelungsimpfung sowie - Festlegung von notwendigen Absonderungsmaßnahmen in Absprache und nach Festlegung durch das Gesundheitsamt
10	Aufgaben des Gesundheitsamtes	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassung aller Kontaktpersonen (in Familie, Gemeinschaftseinrichtungen, sonstige) - Überprüfung des Impfstatus der Kontaktpersonen - Impfung der empfänglichen Kontaktpersonen (siehe Punkt 5.1.2, P) - Schließen der Impfücken in Kindereinrichtungen - Festlegung notwendiger Absonderungsmaßnahmen für Erkrankte, Krankheitsverdächtige und Kontaktpersonen (siehe Punkte 7.1 und 7.2) - Detaillierte epidemiologische Analyse der Erkrankungsfälle (auch im Hinblick auf den Impfstatus des Erkrankten: Anzahl der Impfungen, Datum, Impfstoff, Chargen-Nr.; Serumprobe für Ak-Titer falls erforderlich an die LUA senden) - Kontrolle und Sicherstellung der mikrobiologischen Diagnostik (Serologie, PCR). Proben an die LUA - Übermittlung an LUA bzw. RKI (§ 11 IfSG), Information des SMS gemäß Erlass vom 10.07.2003 (siehe Anlage 3)

Literatur:

Die Zusammenstellung erfolgte in Anlehnung an den RKI-Ratgeber für Ärzte "Masern" (Fassung Mai 2014), die Falldefinitionen des RKI (Ausgabe 2015) sowie die Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen (E 1) vom 02.09.1993, Stand: 01.01.2017.

Bearbeiter:

Dr. med. I. Ehrhard	LUA Dresden
Dr. med. K. Flohrs	LUA Dresden
Dr. med. T. Hackel	LUA Dresden
Dr. med. S.-S. Merbecks	LUA Chemnitz
U. Reif	LUA Dresden
AG Infektionsschutz des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD (Lt. Dr. med. I. Möller)	

Anlage 1: Ermittlungsbericht Masern

Anlage 2: Erfassungsbogen für Kontaktpersonen

Gesundheitsamt

Ermittlungsbericht Masern

Bei Krankheitsverdacht Erkrankung Todesfall (Zutreffendes ankreuzen)

Name, Vorname: geb. am:

Wohnanschrift:

Ort der Erkrankung:

Beruf/ausgeübte Tätigkeit:

Arbeitsstelle:

Schule (Klasse)/Kindereinrichtung (Gruppe):

Datum des letzten Arbeitstages/

Besuch der Einrichtung:

Tag der Erkrankung (erste Symptome):

Tag der 1. Behandlung: Arzt:

Diagnose:

Tag der Hospitalisierung:Krankenhaus:

Tag der Meldung: durch:

Tag und Ort der Ermittlung:

bisheriger Krankheitsverlauf/Symptome:

spezifischer Immunstatus:

- frühere Masernerkrankungen: (ja/nein/Jahr).....

- aktive Masernschutzimpfung: Datum Impfstoff Ch.-Nr.

1. Impfung

2. Impfung

- Masernantikörpernachweis: Ergebnis Datum Methode Labor

IgG-Masernantikörper:.....

IgM-Masernantikörper:.....

Epidemiologisch bedeutsame Angaben zur Vorgeschichte:

(Aufenthalt in der Inkubationszeit - wo, wann, mit wem?, insbesondere Kontakt zu Masernverdacht, -erkrankung, anderen exanthematischen Erkrankungen)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

vermutliche Infektionsquelle:

veranlasste Maßnahmen für den Indexfall:

- labordiagnostische Abklärung: durch..... am.....
Methode:..... Ergebnisse:.....
- LUA benachrichtigt
- Absonderung:
- von/bis: wo:
- Gesundheitskontrolle bis einschl.:
- sonstige antiepidemische Maßnahmen:

Sonstige Bemerkungen:

Durch die Unterschrift wird bestätigt, dass spezielle Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln entsprechend der ansteckenden Erkrankung besprochen wurden.

Ort, Datum:.....

.....

Unterschrift des Betroffenen

.....

Unterschrift des verantwortlichen Mitarbeiters des Gesundheitsamtes

Kontaktpersonen

Nr.	Name, Vorname	m / w	geb. Mon / Jahr	Einrichtung / Tätigkeit	Impfstatus			Riegelungsimpfung	
					vollst. geimpft	unvollst. geimpft	un- geimpft	ja	nein

Anlage 3 Informationsschema

An Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Ref. 23

Infektionsschutz@sms.sachsen.de

Fax: 0351 5645770

Meldendes Gesundheitsamt	Ansprechpartner: Telefon: Mail:
--------------------------	---

Sachverhalt:	
Wie viele Betroffene?	
Alter	
Geschlecht	
Symptome, Krankheitsverlauf	
Stationäre Aufnahme	
Reiseanamnese	
Maßnahmen des Gesundheitsamtes	
Orientierung an	<input type="checkbox"/> Herdbekämpfungsprogramm ... <input type="checkbox"/> Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von ... <input type="checkbox"/> RKI-Ratgeber für Ärzte ...
Information bereits an	<input type="checkbox"/> LDS <input type="checkbox"/> LUA <input type="checkbox"/> LÜVA (bei lebensmittelbedingten Erkrankungen)
Weitere Informationen	