



UNTERSUCHUNGSANTRAG Tollwut Antikörnernachweis beim Menschen
DEMANDE D'ANALYSE d'anticorps antirabiques chez l'êtré humain
REQUEST FOR ANALYSIS Rabies antibodies testing in humans

Protokoll-Nr :
Eingang :

Institut für Virologie und Immunologie IVI, Tollwutzentrale, Länggassstrasse 122 Postfach, CH-3001 Bern Infos/
contact : Tel : +41 31 684 23 78 E-mail : tollwutzentrale.vetsuisse@unibe.ch Website : www.ivi.admin.ch

Auftraggeber – Mandant – Mandator

Name

Nom / Name

Adresse

Adresse / Address

Plz

NPA / ZIP

Ort

Lieu / Place

E-mail

Tel.

Patient

Geschlecht – Sexe – Sex : ☐ m ☐ f/w

Name, Vorname

Nom, prénom / Name, Firsrname

Adresse

Adresse / Address

Plz

NPA / ZIP

Ort, Kanton

Lieu, canton / Place, state

Geburtsdatum :

Date de naissance / Date of birth

Tel.

Fakturiert wird an den Auftraggeber – La facturation est adressée au mandant

Benötigtes Material:

Matériel requis :

Required material :

1-2 mL Serum

Verfahren :

Méthode :

Method :

**Rapid Fluorescent Focus Inhibition Test
RFFIT**

Datum der Blutentnahme :

Date de la prise de sang :

Date of blood collection :

Verwendeter Impfstoff:

Vaccin utilisé:

Vaccine used:

Untersuchungsgrund – Motif de l'analyse – Reason for analysis :

☐ **Präexpositionelle Impfung**

Vaccination pré-expositionnelle

Premonitory vaccination

Erst-Impfung Datum:

Première vaccination date:

First vaccination date :

☐ **Booster Datum :**

Rappel date :

Booster date :

Total Anzahl Impfungen :

Nombre total d'injections :

Total number of injections :

☐ **Postexpositionelle Impfung (nach Kontakt)**

Vaccination postexpositionnelle (après contact)

Post-exposure vaccination (after contact)

Schema – Schéma – Scheme

☐ **Tag / jours / Days : 0, 3, 7, 14 (Serologie 21)**

☐ **Andere :**

Autre :

Other :

Datum der 1. Injektion

Date de la 1^{ère} injection

Date of 1st injection

Tollwut Immunoglobuline :

Immunoglobulines antirabiques:

Rabies immunoglobulin:

☐

Ja

Oui

Yes

☐

Nein

Non

No

Grund für Impfung – Cause de la vaccination – Reason for the vaccination

Tier / Land – Animal / pays – Animal / country

☐ **Bisswunde**

Morsure

Animal bite

☐ **Kratzverletzung**

Griffure

Scratch

☐ **Andere**

Autre

Other

Name, Tel. des behandelnden Arztes

Nom, Tel. du médecin traitant

Name, phone ref. Doctor

Unterschrift :

Signature :

Signature :