

Robert Koch-Institut, Stand: 17.02.2020

**Kurzfragebogen bzw. Tagebuch für Personen mit Kontakt zu COVID-19-Fällen**

„Kontakt“ ist hier definiert, wenn eines der folgenden erfüllt ist:

- mindestens 15-minütiger Sprechkontakt oder vergleichbare Handlung
- pflegerische Handlung am Patienten, unabhängig von der Art der Schutzausrüstung
- ärztliche Handlung am Patienten, unabhängig von der Art der Schutzausrüstung
- direkter Kontakt zu Sekreten oder Körperausscheidungen bzw. -flüssigkeiten, z.B. Speichel oder Stuhl, des Patienten (möglicherweise infektiöses Material).
- Flugpassagiere: (i) Passagiere, die in derselben Reihe wie der bestätigte COVID-19-Fall oder in den zwei Reihen vor oder hinter dem bestätigten COVID-19-Fall gesessen hatten, unabhängig von der Flugzeit.
- (ii) Crew-Mitglieder oder andere Passagiere, sofern eine der anderen Kriterien zutreffen (z.B. längeres Gespräch; Mund-zu-Mund Beatmung o.ä.).

**Kodierungstabelle:**

| Art des Kontaktes                                                                 | Art des Schutzes            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| O Kein Kontakt                                                                    | O keiner                    |
| S Mindestens 15-minütiger Sprechkontakt                                           | M1 OP-Maske oder FFP1-Maske |
| P Pflegerische oder ärztliche Handlung am Patienten                               | M2 FFP2-Maske               |
| Ä Ärztliche Handlung am Patienten                                                 | M3 FFP3-Maske               |
| Aer Aerosol-produzierende Maßnahme, z.B. Absaugen, BAL, Intubation, Bronchoskopie | K (Schutz)Kittel            |
| Mat Handhabung/Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material                    | H Handschuhe                |
| And Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)                             | S Schutzbrille              |

**Beispiel:** ein Krankenpfleger hatte am 3.2. den 2019- COVID-19-Fall gewaschen und abgesaugt, und dabei eine OP-Maske, einen Schutzkittel und Handschuhe getragen. An dem Tag hatte der Pfleger Husten. Bei Art des Kontaktes (s. „Kodierungstabelle“) sind einzutragen: „P,Aer“ (P für pflegerische Handlung, Aer für Aerosol-prod. Maßnahme); bei Art des Schutzes: „M1,K,H“ (M1 für OP-Maske, K für Kittel, H für Handschuhe)

|         | Kontakt                  | Schutz                  | Eigene Symptomatik (J=Ja, N=Nein, ?=weiß nicht) |            |        |               |               |           |
|---------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|------------|--------|---------------|---------------|-----------|
|         | Art des Kontaktes (s.o.) | Art des Schutzes (s.o.) | Fieber                                          | Temperatur | Husten | Halsschmerzen | Kurzatmigkeit | Durchfall |
| Di,3.2. | P,Aer                    | M1,K,H                  | N                                               | 37.5°C     | J      | N             | N             | J         |

Am 3.2. war der letzte Kontakt, also muss der Pfleger sein Tagebuch (falls keine weiteren Kontakte erfolgen) bis zum 17.2. (3.2. + 14 Tage) ausfüllen.

| Datum           | 1.2.         | 2.2. | 3.2.               | 4.2. | 5.2. | 6.2. | 7.2. | 8.2. | 9.2. | 10.2. | 11.2. | 12.2. | 13.2. | 14.2. | 15.2. | 16.2. | 17.2.                        |
|-----------------|--------------|------|--------------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------|
| Kontakt mit Pt. | ja           | ja   | ja                 | nein | nein | nein | nein | nein | nein | nein  | nein  | nein  | nein  | nein  | nein  | nein  | nein                         |
| Bemerkg.        | 1.Kontakttag |      | Letzter Kontakttag |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |       |       |       | Letzter Kontakttag + 14 Tage |
| Tagebuchführung | x            | x    | x                  | x    | x    | x    | x    | x    | x    | x     | x     | x     | x     | x     | x     | x     | x (Ende)                     |

**Anmerkungen:** (1) Bitte beginnen Sie die Tabelle mit dem Tag, an dem Sie zum 1. Mal mit dem Fall Kontakt hatten, und führen Sie sie kontinuierlich fort bis zum 14. Tag nach dem letzten Kontakt mit dem Fall (bzw. dem möglicherweise infektiösen Material). Wenn dieser Tag in der Zukunft liegt, füllen Sie bitte die Tabelle von jetzt an täglich aus. Ist der [letzte Kontakttag + 14 Tage] bereits vergangen, füllen Sie bitte die Tabelle aus, so gut es Ihnen möglich / erinnerlich ist.

(2) Falls Sie in den 14 Tagen nach Kontakt mit dem Patienten einen Atemwegsinfekt entwickeln sollten, bleiben Sie bitte zu Hause und kontaktieren Sie:

Dr./Hr./Fr. \_\_\_\_\_, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_.

Tragen Sie ab da jeden Kontakt mit anderen Personen in das Tagebuch in die letzte Spalte ein.

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ ID(frei lassen): \_\_\_\_\_

„Tagebuch“

Ich gehöre zu: ☐ ärztlichem Personal ☐ Pflegepersonal ☐ Laborpersonal ☐ Familienmitglied

☐ Passagier im selben Flugzeug wie der(die) Patient(in)      ☐ anderes: \_\_\_\_\_[illegible]

**KODIERUNGSTABELLE:**

| Kontaktsituationen: |                                                                               | Art des Schutzes |                          |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|
|                     | Art des Kontaktes                                                             |                  | Art des Schutzes         |
| O                   | Kein Kontakt                                                                  | O                | keiner                   |
| S                   | Mindestens 15-minütiger Sprechkontakt                                         | M1               | OP-Maske oder FFP3-Maske |
| P                   | Pflegerische oder ärztliche Handlung am Patienten                             | M2               | FFP2-Maske               |
| Ä                   | Ärztliche Handlung am Patienten                                               | M3               | FFP3-Maske               |
| Aer                 | Aerosol-produzierende Maßnahme, z.B. Absaugen, BAL, Intubation, Bronchoskopie | K                | (Schutz)Kittel           |
| Mo                  | Handhabung/Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material                    | H                | Handschuhe               |
| And                 | Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)                             | S                | Schutzbrille             |

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ ID(frei lassen): \_\_\_\_\_

Falls Sie nach dem Kontakt mit dem COVID-19-Fall einen Atemwegsinfekt hatten:

Wurde deshalb ein Röntgenbild gemacht:

☐ Nein ☐ Ja: Datum: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

bei wem/wo: \_\_\_\_\_

sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dieser Person Kontakt aufnehmen: ☐ Nein ☐ Ja: Tel.: \_\_\_\_\_

Wurde ein Abstrich bzw. eine Probe aus dem Nasenrachenraum oder den tiefen Atemwegen entnommen:

Nasenrachenraum ☐ Nein ☐ Ja: Datum: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Sputum ☐ Nein ☐ Ja: Datum: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

bei wem/wo: \_\_\_\_\_

sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dieser Person Kontakt aufnehmen: ☐ Nein ☐ Ja: Tel.: \_\_\_\_\_

Verlauf dieser Atemwegserkrankung: ☐ Ausgeheilt ☐ Noch andauernd

Wären Sie grundsätzlich bereit,

- |                                                                   |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - sich einen Abstrich aus dem Nasenrachenraum abnehmen zu lassen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - eine Sputumprobe abzugeben?                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - sich für serologische Proben Blut abnehmen zu lassen?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte melden Sie sich spätestens wieder am \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_