

Acute gastroenteritis in primary care: a longitudinal study in the Swiss Sentinel Surveillance Network, Sentinella

Infection

Claudia Schmutz^{1, 2*}, Philipp Justus Bless^{1, 2*}, Daniel Mäusezahl^{1, 2†}, Marianne Jost³,
Mirjam Mäusezahl-Feuz³, Swiss Sentinel Surveillance Network

* These authors contributed equally to this paper

† Corresponding author

¹ Swiss Tropical and Public Health Institute, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel, Switzerland

² University of Basel, Petersplatz 1, P.O. Box, 4001 Basel, Switzerland

³ Federal Office of Public Health, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern, Switzerland

Corresponding author: Dr. Daniel Mäusezahl

Address: Swiss Tropical and Public Health Institute
Socinstrasse 57
P.O. Box
4002 Basel
Switzerland

E-mail address: daniel.maeusezahl@swisstph.ch

DOI: 10.1007/s15010-017-1049-5

Weekly questionnaire – part on acute gastroenteritis

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SENTINELLA 2014 Meldekriterien auf der Rückseite beachten! | Erkrankungs- meldungen | Arzt (Code) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Woche <input type="text"/> <input type="text"/> | Formular-Nr. 99999 | | | | | | | | | | | | |
| | Seite 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Akute Gastroenteritis | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patienten-Nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Geboren: Tag | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Monat | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Jahr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geschlecht (m=1, w=2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erregernachweis im Stuhl veranlasst (ja=1, nein=2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisierung (ja=1, nein=2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sentinella – Supplementary questionnaire on acute gastroenteritis**Sentinella – Ergänzungsfragebogen – Akute Gastroenteritis**

Arzt-Code: _____

Meldewoche: _____

Formularnummer: _____

Patientennummer: _____

PATIENTENINFORMATION

1. Geburtsdatum: _____/_____/_____
 2. Geschlecht m w
 3. Bezahlte Berufstätigkeit? ja nein

KONSULTATIONEN

4. Erstkonsultation Datum: _____/_____/20_____
 5. Weitere Konsultationen? Datum: _____/_____/20_____
 Datum: _____/_____/20_____
 Datum: _____/_____/20_____
 keine

MANIFESTATION

6. **Beginn** der Symptome Datum: _____/_____/20_____
 unbekannt

7. Bitte führen Sie **alle** Symptome auf, die seit Beginn der Erkrankung bis zur Erstkonsultation aufgetreten sind.

| Symptom | Dauer ¹ | Symptom | Dauer ¹ |
|--|--------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | _____ Tage | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | _____ Tage |
| <input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung | _____ Tage | <input type="checkbox"/> Übelkeit | _____ Tage |
| <input type="checkbox"/> mit Schleim (Mucus) | _____ Tage | <input type="checkbox"/> Erbrechen | _____ Tage |
| <input type="checkbox"/> Blähungen, Druck- und Völlegefühl | _____ Tage | <input type="checkbox"/> Fieber >38°C | _____ Tage |
| <input type="checkbox"/> krampfartige Bauchschmerzen | _____ Tage | <input type="checkbox"/> andere: _____ | _____ Tage |
| <input type="checkbox"/> Dehydratation | _____ Tage | <input type="checkbox"/> andere: _____ | _____ Tage |

8. **Allgemeinzustand** (AZ) nach Einschätzung des Arztes bei Erstkonsultation: Bitte kreisen Sie auf der Skala 1 bis 10 den Wert ein, der am besten den AZ des Patienten widerspiegelt.

Schlechter AZ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Guter AZ

DIAGNOSTIK

9. **Erregernachweis** in Stuhl veranlasst? ja nein

Falls ja, a) **Entnahmedatum** der ersten Probe Datum: _____/_____/20_____
 unbekannt
 Keine Probe entnommen

- b) **Hauptgrund** für die Probeentnahme: (Bitte geben Sie nur **einen** Grund an.)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> schlechter AZ | <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Institution (präventiv-hygienische Abklärung) |
| <input type="checkbox"/> protrahiertes Verlaufs | <input type="checkbox"/> Bewohner/Patient <input type="checkbox"/> Angestellte(r) |
| <input type="checkbox"/> Komorbidität | <input type="checkbox"/> berufliche Tätigkeit: welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ausbruchsabklärung | <input type="checkbox"/> Spezifische Risikoexposition |
| <input type="checkbox"/> Alter (Kleinkind, betagte Person) | <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt vor Manifestationsbeginn |
| <input type="checkbox"/> spezifisches Symptom: welches? _____ | <input type="checkbox"/> Kontakt zu anderen Erkrankten ² |
| <input type="checkbox"/> anderer: _____ | <input type="checkbox"/> Kontakt zu Tieren |

- c) Welche **Methode** wurde verwendet? Allg. Stuhlbakteriologie (Kultur) / Einzel-Nachweisverfahren
 Multiplex-PCR

- d) Auf welche Erreger wurde getestet und was war das **Resultat**? (Bitte geben Sie **alle** durchgeführten Analysen an, auch bei negativem Befund, oder legen Sie eine Kopie der Laborresultate bei.)

| Erreger | Befund | pos | neg | unbekannt |
|--|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter</i> spp. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <i>Shigella</i> spp. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> EHEC (VTEC/STEC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Noroviren | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rotaviren | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Falls unbekannt, schreiben Sie bitte „N/A“ in das Feld

² Kontakt zu anderen an akuter Gastroenteritis Erkrankten

VERLAUF10. **Arbeitsunfähigkeit**³? ja nein unbekanntFalls ja, a) Warum? wegen Symptomen wegen Übertragungsrisiko im Beruf
 wegen Krankheit des Kindes

b) Wie lange? von Datum: ____/____/20____ bis Datum: ____/____/20____

11. **Komplikationen**? ja, welche? _____ nein unbekannt12. **Hospitalisation**? ja, Datum Eintritt: ____/____/20____ nein unbekannt
Grund? _____13. **Tod**? ja, Datum: ____/____/20____ nein**THERAPIE**14. **Antibiotikagabe**? ja, Datum Therapiebeginn: ____/____/20____ neinFalls ja, a) **Hauptgrund** für die Antibiotikagabe? (*Bitte geben Sie nur einen Grund an.*)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bakteriell bedingte Gastroenteritis | <input type="checkbox"/> hohes, protrahiertes Fieber (systemische Infektion) |
| <input type="checkbox"/> immunsupprimierte Person | <input type="checkbox"/> Dauer der Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Polymorbidität | <input type="checkbox"/> „sicherheitshalber“ |
| <input type="checkbox"/> schlechter AZ | <input type="checkbox"/> spezifisches Symptom, welches? _____ |
| <input type="checkbox"/> fordernde Haltung des Patienten | <input type="checkbox"/> anderer: _____ |

b) Welches **Antibiotikum**? (*Bitte geben Sie alle verschriebenen Antibiotika an.*)

| Stoffklasse | Name/Dosierung/Dauer |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Aminopenicillin | _____ |
| <input type="checkbox"/> mit Clavulansäure | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cephalosporin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Chinolon | _____ |
| <input type="checkbox"/> Makrolid | _____ |
| <input type="checkbox"/> Metronidazol | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trimethoprim+Sulfamethoxazol | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tetrazyklin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere | _____ |

15. **Andere** verschriebene Therapie? ja neinFalls ja, a) welche **Therapie**? (*Mehrere Antworten möglich*):

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsersatz: | <input type="checkbox"/> per oral: viel Flüssigkeit (Tee, Bouillon etc.) | <input type="checkbox"/> Antiemetika |
| | <input type="checkbox"/> per oral: Elektrolytlösung | <input type="checkbox"/> Analgetika |
| | <input type="checkbox"/> per Infusion | <input type="checkbox"/> Probiotika |
| <input type="checkbox"/> Antidiarrhoika | | <input type="checkbox"/> Spasmolytika |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

EXPOSITION16. **Auslandaufenthalt** (mind. 1 Übernachtung) in den 7 Tagen vor Manifestationsbeginn? ja nein
 unbekannt

Falls ja, a) wo (Land)? _____

Aufenthalt von Datum: ____/____/20____ bis Datum: ____/____/20____

17. **Lebensmittel und andere Expositionen** in den 7 Tagen vor Manifestationsbeginn?

| Exposition | Ja | Nein | Pat. weiss nicht | unbekannt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Geflügelfleisch konsumiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Rohmilchprodukte konsumiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Eier konsumiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Mahlzeit im Restaurant / „auswärts“ ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Kontakt zu Erkrankten ⁴ ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Berufliche Exposition? Beruf: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

³ Einschliesslich Eltern, die wegen Krankheit des Kindes der Arbeit fern bleiben müssen⁴ Kontakt zu anderen an akuter Gastroenteritis Erkrankten