



Trichinellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Initiale nom: ____ initiale prénom: ____ date de naissance: __/__/____ sexe: f m

NPA/domicile: _____ canton: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés

- Manifestations:
- fièvre
 - douleurs musculaires
 - diarrhée
 - œdème facial ou œdème périorbitaire
 - éosinophilie
 - hémorragies sous-conjonctivales, subunguales, ou rétinienes
 - autre: _____ aucun inconnu

Début des manifestations: date: __/__/____ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

prélèvement: date: __/__/____ matériel: _____

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ non inconnu

Etat: décès, date du décès: __/__/____

Exposition dans les 45 jours avant le début des manifestations (durée d'incubation 8 - 45 jours)

Où: CH étranger, pays: _____ lieu: _____ inconnu

Quand: date d'exposition: __/__/____ OU date d'entrée en CH: __/__/____ inconnu

Comment: repas (précisions): _____

autre: _____ inconnu

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: __/__/____ signature: _____