



Tularémie

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

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

Manifestations: ulcéro-ganglionnaire ganglionnaire oculo-ganglionnaire oro-pharyngée abdominale pulmonaire typhoïdique

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

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

Evolution

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

Etat: décès, date: __/__/____

Exposition

dans les 2 semaines (surtout dans les 3 à 5 jours) précédant les premiers signes de la maladie

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

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

Comment: contact avec des animaux sauvages, en particulier des rongeurs (y. c. consommation de leurs produits) lequel/où: _____ non inconnu

consommation d'eau d'une source non contrôlée (fontaine, ruisseau) si CH, où: _____ non inconnu

piqûre de tique: _____ non inconnu

piqûre d'autre insecte: _____ non inconnu

inhalation de poussières/aérosols (agriculture, jardin): si CH, où: _____ non inconnu

Personnes exposées: oui, lesquelles: _____ nombre: _____ aucun inconnu

Activité professionnelle: _____

Remarques

Médecin

nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

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

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>