



# Fièvre typhoïde / paratyphoïde

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans  
les 24h au médecin cantonal  
(pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sexe:  f  m

Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Diagnostic:  fièvre typhoïde  fièvre paratyphoïde  porteur, depuis mois/année: \_\_\_/\_\_\_

Manifestation:  fièvre persistante  céphalée  bradycardie relative

toux sèche  diarrhée, constipation, malaise ou douleurs abdominales

autre: \_\_\_\_\_  aucun  inconnu

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 du décès: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après:  carnet de vaccination/dossier médical  anamnèse

vacciné contre *S. typhi*:  oui, au total \_\_\_ doses  non  inconnu

dernière dose mois/année: \_\_\_/\_\_\_ avec produit (nom commercial): \_\_\_\_\_

### Exposition

< 60 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation *S. Typhi* 3-60 jours, en général 8-14 jours; *S. Paratyphi* 1-10 jours)

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ OU date d'entrée en CH: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

Comment:  par repas ou boissons: \_\_\_\_\_

par contact avec patient ou porteur: \_\_\_\_\_

autre: \_\_\_\_\_  inconnu

Personnes exposées:  oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_  aucune  inconnu

Activité professionnelle: \_\_\_\_\_

### Remarques

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

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

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