



Fièvres hémorragiques virales

transmises de personne à personne

Déclaration de résultats d'analyses cliniques
En complément à la déclaration téléphonique qui doit
être faite dans les 2 heures.

S.v.p. à remplir et renvoyer par
retour du courrier à : OFSP et au
médecin cantonal.^a
Fax OFSP: +41 58 463 87 77

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

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

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: Ebola (*veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique*) Marburg Crimée-Congo Lassa

autres Arena virus: _____

Manifestation: signes hémorragiques fièvre max.: ___ °C

autre: _____ aucune

Début des manifestations: date: ___/___/___

Laboratoire (nom/tél.): _____

motif: suspicion clinique exposition autre: _____

prélèvement: date: ___/___/___ matériel: _____

résultat: virus confirmé en culture test génomique pos. séroconversion

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ___/___/___ non inconnu

Etat: décès, date du décès: ___/___/___

Exposition

≤3 semaines avant le début de la manifestation

Avant le diagnostic, la personne a-t-elle séjourné dans une zone endémique connue? oui non inconnu

si oui: à l'étranger pays: _____ lieux: _____ inconnu

Quand: date du dernier départ à l'étranger: ___/___/___ date du retour en CH: ___/___/___ inconnu

si non: CH régions: _____ lieux: _____ inconnu

Comment: contact avec patient séjour rural autre: _____ inconnu

Autres personnes exposées: oui, détails: _____ nombre: ___ non inconnu

Remarques relatives aux mesures prises

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____